

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**ARACELIS TRINIDAD ROMAN SANCHES**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR O NÍVEL DE  
CONHECIMENTOS DOS IDOSOS SOBRE OS FATORES DE  
RISCO PARA QUEDA NA EQUIPE DE SAÚDE CINCO DA  
COMUNIDADE CABANA, EM BELO HORIZONTE / MINAS  
GERAIS**

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

2018

**ARACELIS TRINIDAD ROMAN SANCHES**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR O NÍVEL DE  
CONHECIMENTOS DOS IDOSOS SOBRE OS FATORES DE  
RISCO PARA QUEDA NA EQUIPE DE SAÚDE CINCO DA  
COMUNIDADE CABANA, EM BELO HORIZONTE / MINAS  
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.  
Orientadora: Professor Maria José Nogueira

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS**

**2018**

**ARACELIS TRINIDAD ROMAN SANCHES**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR O NÍVEL DE  
CONHECIMENTOS DOS IDOSOS SOBRE OS FATORES DE  
RISCO PARA QUEDA NA EQUIPE DE SAÚDE CINCO DA  
COMUNIDADE CABANA, EM BELO HORIZONTE / MINAS  
GERAIS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof Maria José Nogueira - Fundação João Pinheiro

Examinador: 2 Prof. Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário  
Uma. Belo Horizonte

Aprovado em Belo Horizonte, em: 22/10/2018

## **DEDICATÓRIA**

À minha família,  
Por ter me levantado quando eu caí,  
Por ter me apoiado quando eu estava só,  
Por ter acreditado em mim, quando eu mesma duvidei,  
Por ser a razão de o meu existir e da minha alegria de  
viver.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os professores e pessoas que de uma forma ou outra tem transmitido seus conhecimentos e em especial à Dra. Maria José Nogueira.

“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente.”

Mahatma Gandhi

## RESUMO

Realizou-se uma intervenção comunitária com a população adstrita do Equipe de Saúde número Cinco do Centro de Saúde Cabana, na Regional Oeste do município Belo Horizonte. O objetivo foi desenvolver um plano de intervenção para diminuir os fatores de risco nos Pacientes Idosos da Equipe de Saúde Cinco da Comunidade Cabana. A metodologia utilizada foi o plano de ação do Planejamento Estratégico Situacional. Desenhou-se uma proposta de intervenção voltada para idosos da Unidade Básica de Saúde Cabana. Concluiu-se que a aplicação desta aumenta o nível de conhecimento dos pacientes de terceira idade sobre os fatores de risco apresentados, fundamentalmente por queda, o que os predispõe a fratura da coxa femoral (quadril), prostração, pneumonia e morte, além de escara da pele, infecções, tromboembolismo pulmonárias, infarto cerebral, entre outros. Concluiu-se também que conhecer as características do processo de envelhecimento da população é indispensável para uma terceira idade feliz. Com maior qualidade de vida é possível diminuir a incidência e prevalência de doenças que causam invalidez física, motora e mental, frequentes nesta faixa etária, como é o exemplo do mal de Alzheimer, demência senil e outros.

**Palavras chaves:** Idosos, Fatores de Riscos, Intervenção.

## **ABSTRACT**

A Community intervention with the population's Health team assigned number five Cabin Health Center, in the West Regional of the municipality. The goal was to develop a contingency plan to diminish the risk factors in the elderly patients of health team Five Cabin community. The methodology used was the plan of action of the Situational strategic planning. A proposal of intervention aimed at basic health unit old Cabin. It is concluded that the application of this increases the level of knowledge of the third age patients about risk factors, fundamentally by the fall, what predisposes to femoral fracture of the thigh (hip), prostration, pneumonia and death, in addition to pressure ulcer of the skin, infections, pulmonary embolism, cerebral infarction, among others. It appears also that know the characteristics of the aging process of the population is essential for a happy old age. With greater quality of life it is possible to decrease the incidence and prevalence of diseases that cause physical, mental and motor disability, frequently in this age group, as is the example of Alzheimer's disease, senile dementia and others.

**Key words:** Elderly, risk factors, intervention.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde.
<b>APS</b>	Atenção Primária de Saúde
<b>ASB</b>	Assistente de Saúde Bucal
<b>BH</b>	Belo Horizonte
<b>CSC</b>	Centro de Saúde Cabana
<b>COPASA</b>	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
<b>CMSBH</b>	Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas não transmissíveis.
<b>ESF</b>	Equipe Saúde da Família
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESM</b>	Equipe de Saúde Mental
<b>FR</b>	Fator de Risco
<b>FIT</b>	Festival internacional de Literatura
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística.
<b>IVS</b>	Índices de Vulnerabilidades
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicilio
<b>PES</b>	Planejamento Estratégico Situacional
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização de Nações Unidas
<b>SCIELO</b>	Scientifi Electronio lipray online
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SAM</b>	Sistema Ambulatorial Medico Urgente
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFMG</b>	Universidade Federal de Minas Gerais
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE FIGURAS.

Figura. 1 Foto do Posto de Saúde Cabana.....	4
Figura. 2 Distribuição da População Centro de Saúde Cabana. Segundo IVS 2012 .....	7
Figura. 3 População por sexo segundo faixa Etária Cadastro Familiar outubro 2016.....	8

## LISTA DE TABELAS.

Tabela.1 População da área de abrangência da equipe de saúde cinco, por sexo e faixa etária. Belo Horizonte 2017.....	9
Tabela. 2 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da equipe de Saúde Cinco, Centro de Saúde Cabana, Belo Horizonte, Minas Gerais.....	10
Tabela. 3 Escala de Atividades Básicas de Vida Diária. Índice de Katz.....	16
Tabela. 4 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência e prevalência de quedas em pacientes idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cinco, do município Belo Horizonte, estado de MG.....	21
Tabela. 5 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência e prevalência de quedas em pacientes idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cinco, do município Belo Horizonte, estado de MG.....	23
Tabela. 6 Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência e prevalência de quedas em pacientes idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cinco, do município Belo Horizonte, estado de MG.....	24

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.</b>	<b>1</b>
1.1	Caracterização Geral do Centro de Saúde	3
1.2	Características da Equipe de saúde da Família Cinco, território e da comunidade.....	8
1.3	Problemas identificados.....	9
1.4	1 Priorizações dos problemas	10
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
3.1	Objetivo geral.....	13
3.2	Objetivos específicos.....	13
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
5.1	Conceito de Pessoas Idosas.....	15
5.2	Manifestações Clínica em pessoas Idosas.....	15
5.3	Demografia. ....	17
5.4	Expectativas de vida. ....	18
5.5	Fatores de risco em idoso. ....	18
<b>6</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>20</b>
6.1	Descrições do problema (Terceiro Passo).....	20
6.2	Explicações do problema (Quarto Passo).....	21
6.3	Seleções dos Nós críticos (Quinto Passo).....	21
6.4	Desenhos das operações (Sexto Passo).....	21
6.5	Gestão do Plano de Ação	24
<b>7-</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>25</b>

<b>8- REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>
----------------------------	-----------

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento constitui um evento multifacetado ao longo da vida; apresentando diferentes níveis de comprometimento social, funcional, psicológico e familiar. Sendo esta condição um processo de vivências dentro do contexto social, modificando as relações interpessoais determinadas através do tempo, considerando seu comportamento como características de envelhecimento fisiológico, tornando-se necessário para as pessoas idosas manter um estilo de vida adequado, incluindo mudanças de hábitos alimentares, prática regular de atividade física, assim como a orientação aos familiares e cuidadores, permitindo melhorar a saúde e a segurança nesta faixa etária (DAWALIB, *et al.*, 2013).

Belo Horizonte é um município brasileiro e a capital do estado de Minas Gerais. Pertence à Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Belo Horizonte, com uma área de aproximadamente 331 km<sup>2</sup>, possui uma geografia diversificada, com morros e baixadas, distando 716 quilômetros de Brasília, a capital nacional, sendo a segunda capital de estado mais próxima da capital federal, atrás apenas de Goiânia (BELO HORIZONTE, 2013).

Cercada pela Serra do Curral, que lhe serve de moldura natural e referência histórica, foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro sob influência das ideias do positivismo, num momento de forte apelo da ideologia republicana no país. Sofreu um inesperado acelerado crescimento populacional, chegando a mais de um milhão de habitantes com quase setenta anos de fundação. Entre as décadas de 1930 e 1940, houve também o avanço da industrialização, além de muitas construções de inspiração modernista, notadamente as casas do bairro Cidade Jardim, que ajudaram a definir a fisionomia da cidade (BELO HORIZONTE, 2013).

De acordo com a mais recente estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016, sua população era de 2 513 451 habitantes, sendo o mais populoso município de Minas Gerais.

A capital mineira é também sede da terceira concentração urbana mais populosa do país. Belo Horizonte já foi indicada pela População Crises Comitê, da Organização de Nações Unidas (ONU), como a metrópole com melhor qualidade de vida na América Latina (BELO HORIZONTE,2013).

A cidade é mundialmente conhecida e exerce significativa influência nacional e até internacional, seja do ponto de vista cultural, econômico ou político. Conta com importantes monumentos, parques e museus, como o Museu de Arte da Pampulha, o Museu de Artes e Ofícios, o Museu de Ciências Naturais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), o Circuito Cultural Praça da Liberdade, o Conjunto Arquitetônico da Pampulha, o Mercado Central e a Savassi, e eventos de grande repercussão, como o Festival Internacional de Teatro, Palco e Rua (FIT-BH), Festival Internacional de Curtas e o Encontro Internacional de Literaturas em Língua Portuguesa. É também conhecida como a "capital nacional dos botecos", por existirem mais bares *per capita* do que em qualquer outra grande cidade do Brasil (BELO HORIZONTE 2013).

O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros.

Referente à Saúde, conta com as unidades da Rede Complementar, as redes de apoio ao diagnóstico com cinco laboratórios distritais, contando, também, com Rede de Urgências e Emergências, rede hospitalar e com os equipamentos de Vigilância em Saúde. Possui aproximadamente 17.000 profissionais de diversas categorias da área de saúde, com cerca de 10.000 trabalhadores lotados na Atenção Primária à Saúde (APS) (BELO HORIZONTE, 2014).

A Rede de Atenção aos Centros de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte (BH) conta com 147 centros de saúde, 523 Equipes da Saúde da Família (ESF), constituído por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Possuem 300 equipes de saúde Bucal (ESB) no município, 58 equipes de saúde mental

(ESM), 60 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 63 academias da cidade, constituindo assim a Rede de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2016).

O financiamento do SUS é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2016).

O financiamento público é uma das formas pela qual os segmentos que compõem as três vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde, são elas: SUS; planos e seguros privados; assistência a servidores públicos e privados, apesar de autônomas elas se comunicam. No caso do setor público, principalmente em relação aos serviços de acesso universal, esse financiamento ocorre de forma mais direta e preponderante. No setor privado, o financiamento público ocorre de forma indireta, por meio de renúncias fiscais, da utilização de serviços públicos para os quais poderia caber ressarcimento de planos e seguros de saúde e de outros mecanismos de incentivos públicos ao setor privado. As renúncias incluem as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, as deduções do imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos (PIOLA *et al.*, 2013).

### **1.1 Caracterização Geral do Centro de Saúde.**

O Centro de Saúde Cabana está localizado no Distrito Sanitário Oeste, é uma Unidade da Secretaria Municipal de Saúde com atuação na APS, situada na Rua Caviana, número 8, Bairro Cabana há 5 anos, onde as Equipes da Saúde da Família devem se organizar para o atendimento da população do território a ela adscrito, proporcionando ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, vigilância e reabilitação da saúde.

O Centro de Saúde Cabana conta com boa infraestrutura. Além do atendimento médico e de enfermagem, possui apoio matricial dos profissionais de saúde

mental do NASF, utiliza o Protocolo de Manchester. Conta com 06 equipes da ESF e grupos operativos, epidemiologia, zoonoses e serviços de apoio dos sistemas de urgência e emergência médica.



**Figura 1-** Foto da UBS Cabana.

Fonte: Google Maps (2018).

Também conta com Unidades de Atenção Terciária de Referência Especializada Hospitalar, organizada para o tratamento e reabilitação dos pacientes com doenças já estabelecidas. O objetivo é eliminar ou diminuir as complicações, melhorando a qualidade de vida dos pacientes, sendo utilizados também desde o ponto de vista epidemiológico como ensaio clínico nos hospitais Santa Casa, Júlia Kubitschek, Felício Rocho, Ciências Médicas de Minas Gerais e o Infantil São Camilo.

A unidade de saúde Cabana funciona de 7:00 às 18:00 horas, sendo que o médico de equipe realiza consultas agendadas de 7:00 até 9:00 horas, assistindo de forma intercalada pacientes com demandas espontâneas ou agudas até 12:00. As consultas são retomadas novamente às 13:00 horas e vão até 16 e 18 horas, dependendo da programação de atividades em relação a outras equipes de saúde e unidades. O médico realiza visitas domiciliares toda terça-feira em companhia do ACS, enfermeiro, técnico em enfermagem. A equipe pode variar dependendo do caso. O médico também participa de outras atividades, como palestras, dinâmicas de grupo e campanhas de vacinas que são organizadas a nível distrital.

O atendimento dos pacientes com patologias crônicas são agendados para o médico e o enfermeiro. Quanto ao pré-natal, puericultura, preventivo e troca de receitas médicas são realizados de forma intercalada entre o ginecologista e médico generalista. Ambos profissionais encaixam na rotina de trabalho e a assistência de pacientes em demanda espontânea. Importante destacar que nem sempre tal demanda constitui em uma urgência, o paciente utiliza esta via para realizar outras avaliações, comprometendo o bom funcionamento das consultas agendadas.

O Centro de Saúde Cabana tem cadastradas 19.427 pessoas com cadastro oficial, distribuído em 37 setores censitários, em áreas de risco e vulnerabilidades. Esse cadastramento é muito importante para elaborar um diagnóstico local, apontando os principais aspectos do território e os problemas da população residente. Isto possibilita romper com atenção baseada na oferta e estabelecer o atendimento fundamentado nas necessidades de saúde da população.

A comunidade do Centro de Saúde Cabana, conta com a presença de comércios, serviço público, economia informal, escolas, igrejas e outras instituições. O centro de saúde conta com 06 equipes, sendo a cor rosa a equipe 5 com 36 setores censitários e 53 micro áreas de trabalho. Ao avaliar o cadastro realizado pela equipe da ESF no Centro de Saúde Cabana, percebe-se que a Equipe 5 é a que tem maior número de usuários, implicando que o

trabalho desta equipe tem que ir encaminhando na construção de indicadores, assim como monitorar o desenvolvimento, agendamento e planejamento das ações de saúde para serem realizadas com mais eficiência (Cadastro Familiar novembro/2016).

No que se refere à vulnerabilidade a saúde da população a Figura 2 demonstra a distribuição da população segundo o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS); o mesmo foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 1998, com dados do Censo Demográfico de 1991, da Contagem Populacional de 1996, dos sistemas de informação em saúde e de urbanização. Foi recalculado em 2003, com dados do Censo de 2000 e dos sistemas de informação em saúde. Pela necessidade de manter o IVS atualizado e mais próximo da realidade vivida em nossa cidade na última década, novo cálculo foi feito em 2012 utilizando somente dados do Censo Demográfico de 2010. Percebe-se que 25,63% apresenta baixo risco, uma população de 4.795 pessoas. Enquanto 38,16% das pessoas estão expostas a um médio risco, representado por 7.138 indivíduos, 25,08% se encontra dentro de um elevado risco representado por 4691 pessoas e 11,13% são aqueles com risco muito elevado, representado por 2803 pessoas uma população de 19.427 pessoas (IBGE, 2010).

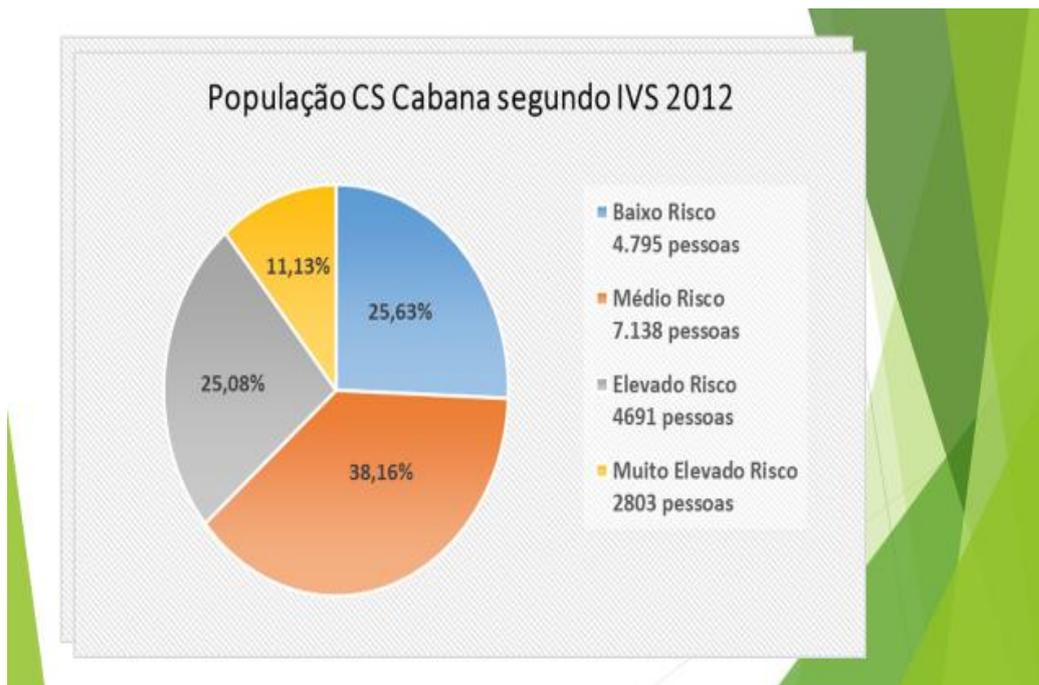


Figura. 2 População Centro de Saúde Cabana, Belo Horizonte.  
Fonte: IBGE (2010)

A Figura 3 refere-se à distribuição da população do Centro de Saúde Cabana por sexo e faixa etária. Podemos concluir que nossa população tem um total de 19.427 pessoas distribuídas da seguinte forma: 1.999 crianças, representando 10,29% da população, 2.251 adolescentes para um 11,58%, os adultos estão representados com 11.483 pessoas (59,11%), onde se encontra a maior parte da população, seguido de pessoas idosas, acima de 60 anos, com 3.694 pessoas (19,02%). Entre os 60 a 64 anos encontramos a maior parte dos idosos, à medida que a idade vai aumentando caminhando para a faixa etária maior ou igual a 80 anos vai diminuindo a concentração de pessoas. Esta faixa etária é mais frágil tendo em conta fatores determinantes de saúde. Desta forma é muito importante dar condições de saúde para esta população por meio de saneamento básico, moradia adequada, renda, educação e alimentação (IBGE, 2010).

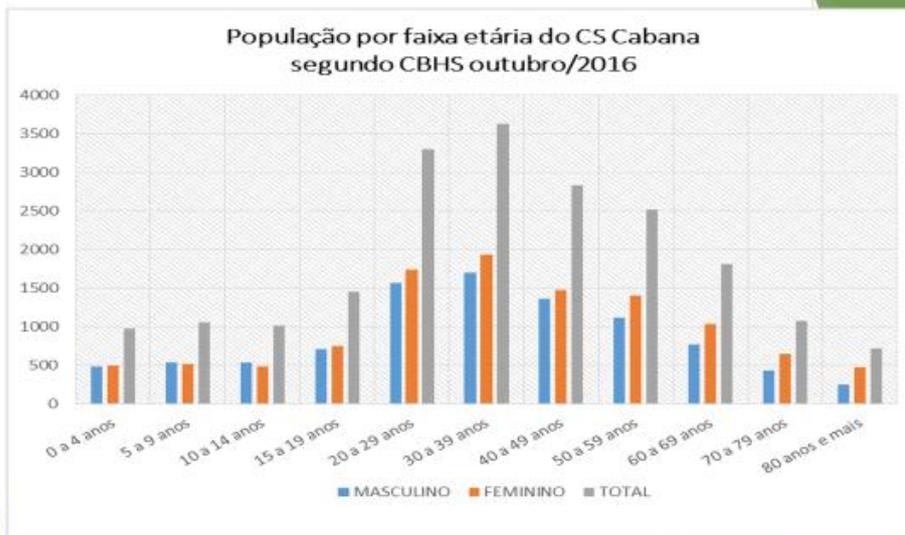


Figura 3: População por sexo segundo faixa Etária Cadastro Familiar, outubro 2016

Fonte. Intranet cadastro familiar outubro /2016.

## 1.2 Características da Equipe de Saúde.

A equipe cinco atende 1.165 famílias sendo uma população de 4.051 habitantes. É formada pelos seguintes profissionais: uma médica, um enfermeiro, duas técnicas em enfermagem e quatro ACS. A equipe realiza suas reuniões todas as segundas feiras às 13 horas com a participação de todos, realizando-se duas visitas domiciliares ao mês, programadas na terça feira e mensalmente se efetua uma reunião conjunta com a equipe do NASF, onde fazemos referência aos pacientes com maior risco.

É necessário considerar que existe uma grande demanda e necessidades da população em relação ao atendimento, por isso é necessário o planejamento da agenda da equipe, e que o atendimento seja preenchido adequadamente e utilizados como estratégia para estratificar o risco do usuário. Tal fato permite selecionar os usuários que devem ser atendidos na gestão das condições e que a avaliação do atendimento seja através dos protocolos, preenchendo no prontuário eletrônico de forma adequada para poder obter dados estadísticos e indicadores certos.

**Tabela 1. População da área de abrangência da equipe de saúde cinco, por sexo e faixa etária, Belo Horizonte 2017.**

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-1 anos	4	10	14
1-4 anos	77	69	146
5 -14 anos	219	212	431
15- 19 anos	129	146	275
20 -29 anos	318	300	618
30 -39 anos	343	377	720
40 -49 anos	320	322	642
50-59 anos	234	263	497
60 - 69 Anos	173	223	396
70 –79 Anos	85	107	192
80 anos e mais	350	478	828
TOTAL	1948	2103	4051

**Fonte:** Registro interno da unidade (2017).

Observando os dados da constatamos que há uma predominância do sexo feminino com 2.103 (51,9 %) em relação ao sexo masculino 1.948 (48%). Percebemos que acima de 60 anos temos 1416 pessoas (34,35%). Nota-se que na faixa etária com 80 anos ou mais temos 828 pessoas representando 20,43% do total da população. Desse modo, o objetivo da intervenção será diminuir os fatores de risco a saúde em pessoas idosas da comunidade Cabana , em Belo Horizonte, Minas Gerais.

### **1.3 Problemas identificados**

A partir do método da Estimativa Rápida nossa equipe de saúde em conjunto com a comunidade identificou os principais problemas e necessidades da população, por meio das diferentes fontes de dados como as entrevistas, a informante-chave, usando questionários, também através dos registros já existentes e observação da área. Conseguimos fazer uma lista dos problemas de saúde que mais afetam a população. Depois de fazer a ordem prioritária dos problemas identificados durante os debates com equipe, foi escolhido o que

mais afeta a população e que interfere em seu estado de saúde, desde o ponto de vista objetivo como subjetivo.

Após a discussão com a equipe para uma adequada revisão, obtivemos os seguintes problemas com ordem de prioridades.

1. Alta incidência e prevalência de quedas em pacientes idosos.
2. Alto índice de pacientes idosos, com doenças crônicas descompensadas.
3. Lista de espera longa para a realização de exames médicos, avaliação por especialidades assim como demora em agendar novamente consulta.
4. Alto consumo de medicamentos psicotrópicos.
5. Falta de medicamentos componentes do quadro básico necessário para UBS.
6. Baixa resolutividade na atenção na UBS.

#### 1.4 – Priorização de Problemas

Tendo em conta os valores de baixo, médio e alto em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe) foi feita a priorizações dos problemas identificadas sendo prioritário neste momento alta incidência e prevalência de quedas em pacientes idosos.

**Tabela 2. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da equipe de Saúde Cinco, Centro de Saúde Cabana, Belo Horizonte, Minas Gerais.**

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Alta incidência e prevalência de quedas em pacientes idosos	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de pacientes idosos, com	Alta	6	Parcial	2

doenças crônicas descompensada				
Lista de espera longa para a realização de exames médicos, avaliação por especialidades assim como demora em agendar novamente consulta	Alta	5	Parcial	2
Alto consumo de medicamentos psicotrópicos	Alta	5	Parcial	3
Falta de medicamentos componentes do quadro básico necessário para UBS	Alta	3	Parcial	3
Baixa resolutividade na atenção em posto de saúde	Alta	2	Fora	4

Fonte: Autoria Própria (2018)

\*Alta, média ou baixa.

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

\*\*\*Total parcial ou fora.

## 2. JUSTIFICATIVA.

O envelhecimento é um processo das pessoas em sentido geral que impacta de uma forma ou de outra, direta ou indiretamente a saúde, bem-estar e qualidade de vida, trazendo consigo a presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), assim como a possibilidades de sofrer quedas devido às transformações corporais e limitações física e motora. As quedas têm repercussão do ponto de vista pessoal (dificuldades visuais, auditivas, sexuais, depressão e insônia, social, familiar, econômico, no seu desempenho dentro e fora de casa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008).

No Brasil um dos primeiros estudos populacionais, com avaliação multidimensional de idosos foi feito na cidade de São Paulo, em 1984, demonstrando-se que os residentes em grandes centros urbanos, apresentavam

um perfil semelhante ao que se esperaria de uma população de idosos residentes em países desenvolvidos (RAMOS, 2003).

Em pessoas idosas as DCNT são o grupo de doenças mais frequentes, principalmente hipertensão arterial, dores articulares, diabetes mellitus, cardiopatia isquêmica, hipotireoidismo e dislipidemias associados a fatores de risco, podendo ser classificados em intrínsecos (próprios da idade) e extrínsecos (ambientais) tais como iluminação e superfície inadequada para deambulação, tapetes soltos, degraus altos ou estreitos, entre outros (RAMOS, 2003).

Tendo em conta dados do IBGE 2017, a expectativa de vida no Brasil é de 74,9 anos, a população com 60 anos ou mais corresponde a 13,2% dos brasileiros, segundo dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde, dentro desse grupo 6,8% das pessoas tem limitações para realizar suas atividades cotidianas. Entre as que têm limitações, 84 % precisam de ajuda para finalizar essas atividades e dos que precisam de ajuda 17,8% recebem cuidados remunerados e 78,8% conseguem cuidados de familiares; nessa idade 24,4% participam de atividades sociais organizadas, determinando os graus de autonomia e dependência dos idosos no Brasil (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

Desse modo, justifica-se a realização do presente trabalho, devido ao alto índice de pessoas idosas cadastradas em minha área de abrangência e ao desconhecimento por parte da população idosa sobre os principais fatores de riscos apresentados nessa idade. Por isso foi necessário elaborar um projeto de intervenção com ações voltadas para essa população no sentido de prestar um melhor serviço e proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

Desenvolver um plano de intervenção para diminuir os fatores de risco para quedas nos Pacientes Idosos da Equipe de Saúde 5 da Comunidade Cabana, em Belo Horizonte/MG.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

Caracterizar a população objeto de estudo segundo algumas variáveis sociodemográficas.

Desenhar um conjunto de ações a serem desenvolvidas com a comunidade do bairro Cabana para diminuir a incidência e prevalência dos principais fatores de risco em idosos.

Realizar ações de informação para aumentar o conhecimento, relacionado com as quedas nos idosos sobre os fatores de risco e suas complicações.

Criar fontes de informação, através de grupos operativos, evidenciando a importância de seguir novo estilo de vida, que proporcionem melhoras a saúde do paciente.

#### **4. METODOLOGIA.**

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018). Este trabalho foi feito em 3 etapas: diagnóstico situacional em saúde, revisão da literatura e elaboração do plano de ação.

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Cabana, em Belo Horizonte/MG no ano 2017, conforme as orientações da disciplina de Planejamento e Avaliação em Saúde, sendo que para o reconhecimento do território e definição de problemas utilizou-se a Estimativa Rápida Participativa (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Para a contextualização da temática foi realizada revisão bibliográfica utilizando trabalhos científicos encontrados em bases de dados como da Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, United States National Library of Medicine (PUBMED), Scientifi Electronio lipray online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde, além de cadernos elaborados pela equipe de saúde, em relação à temática. Foram utilizados os seguintes descritores: Idosos, Fatores de Riscos e Intervenção.

Depois de identificado o problema e percorrido todos os passos do PES, foi iniciado a elaboração de um plano de ação desenhado com a proposta de enfrentar os “Nós Críticos” do problema identificado, a fim de que, a partir dessas ações sejam alcançados resultados e obtidos produtos que irão impactar na qualidade de vida das pessoas idosas do Centro de Saúde Cabana em Belo Horizonte\MG.

## **5. REVISÃO DA LITERATURA.**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui uma mudança em à política de saúde do Brasil, relacionado ao referente na Constituição Brasileira no ano 1988, sendo a mesma uma inovação tecnológica referente a saúde, regida pelo princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de vital importância hoje em dia na Atenção Primária de Saúde (SORATTO.*et al*, 2015).

### **5.1. Conceitos de Pessoas Idosas**

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 e 70 anos ou mais. Todavia, para efeito de formulação de políticas públicas, esse limite mínimo pode variar segundo as condições de cada país. A própria OMS reconhece que, qualquer que seja o limite mínimo adotado, é importante considerar que a idade cronológica não é um marcador preciso para as alterações que acompanham o envelhecimento, podendo haver grandes variações quanto a condições de saúde, nível de participação na sociedade e nível de rever independência entre as pessoas idosas, em diferentes contextos (OMS, 2015).

Também se define como pessoas adultas mais velhas aquelas que se encontram na última fase da vida acima dos 70 anos de idade, seguida após a idade adulta e que precede a morte. Nesta fase o corpo humano tende a diminuir as faculdades cognitivas trazendo dificuldades para trabalhar e manter a atividade social, levando a estados negativos como de exclusão. Tal estado pode ser mais grave se estiver associado a uma DCNT ou condições especiais tais como osteoporose, catarata e dos maus hábitos de vida, como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade e outros (OMS, 2015).

Os geriatras consideram a seguinte classificação, considerando o ponto de vista biológico: Idosos jovens (66 à 74 anos); Idosos velhos (75 à 85 anos); Manutenção pessoal (86 anos em diante) (BUOLHOSA *et al.*, 2011).

### **5.2 Manifestações clínicas em as pessoas idosas.**

Os idosos tendem a apresentar manifestações físicas, capacidades regenerativas decrescentes, o que pode levar, por exemplo, à fragilidade, um

processo de crescente vulnerabilidade, predisposição ao declínio funcional e, no estágio mais avançado, a morte. Ademais, mudanças físicas ou emocionais também podem comprometer a qualidade de vida dessas pessoas idosas, tendo os sinais mais visíveis, manchas e rugas na pele, mudança em cor de cabelo para branco e queda de cabelo.

Os idosos tendem à diminuição da capacidade visual e auditiva, diminuição dos reflexos, perda de habilidades e funções neurológicas, como raciocínio e memória, diminuídas. Ademais, podem desenvolver incontinência urinária e incontinência fecal, além de doenças tais como Alzheimer, demência com corpos de Lewy e doença de Parkinson (SANTOS, 2016).

Eles também sofrem perda das capacidades funcionais, podendo ser avaliadas mediante as atividades de vida diária básica, segundo índice de Katz (PARANÁ, 2017). A tabela 3 traz as atividades relacionadas a esse índice.

**Tabela 3 - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária. Índice de Katz.**

<b>ÍNDICE DE KATZ</b>		
	<b>INDEPENDÊNCIA</b>	<b>DEPENDÊNCIA</b>
<b>TOMAR BANHO</b>	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho
<b>VESTIR-SE</b>	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho
<b>USO DO VASO SANITÁRIO</b>	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos)	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
<b>TRANSFERÊNCIA</b>	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio)	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências

<b>CONTINÊNCIA</b>	Micção e evacuação Inteiramente autocontrolados	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes “ocasionais”
<b>ALIMENTAR-SE</b>	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral

Fonte: PARANA, 2017.

### 5.3 Demografia.

No mundo inteiro, o número de pessoas com 65 anos de idade ou mais está crescendo mais rapidamente que antes. A maioria desse incremento acontece nos países desenvolvidos. No Brasil tem uma nova forma de conformar o perfil demográfico. As taxas de natalidade e de mortalidades consignadas têm desafiado uma mudança relacionada com o ritmo de crescimento da população. A projeção da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD) é que a população brasileira atingirá o seu máximo em 2030, com um total 204,3 milhões de habitantes (SILVA, E A. et al., 2015).

Com a mudança demográfica o envelhecimento da população brasileira está relacionado com a saúde, qualidade de vida e bem-estar. Considerando que cerca dos 40% da população brasileira, equivalente a 57,4 milhões de pessoas, tem uma doença crônica, principalmente quando avaliamos as idades acima de 60 anos, temos um desafio em relação aos recursos humanos disponíveis para trabalhar (SILVA, E A. et al., 2015).

#### **5.4. Expectativa de vida.**

Expectativa de vida, conhecida também como esperança de vida é a média que pode viver a população de um país. O viver mais tem relação direta com a qualidade de vida de onde as pessoas vivem. A expectativa de vida relação com as qualidades de vida que um país possui, também tendo em conta os fatores como educação, saúde, assistência social, saneamento básico, segurança no trabalho, nível de violência, assim como as guerras ou conflitos internos dentro do país que interferem de forma direta ou indireta (OLIMPIA, 2018).

Na população idosa a esperança de vida é uma forma de mensurar a qualidade de vida e a longevidade; seu incremento tem uma vida mais produtiva, mais longa entre idosos quando o país tem presente os avanços médicos, tratamento farmacológico, a proposta e implantação de programas na atenção ao idoso, com benefício à aposentadoria na área rural, também os benefícios que possibilitam renda aos idosos para comprar seus medicamentos (OLIMPA, 2018).

Também a prática de atividades físicas em pessoas idosas é uma das formas de medir esforço na busca de um envelhecimento bem sucedido alcançando um equilíbrio entre o envelhecimento biológico e psicológico (OLIMPIA, 2018).

#### **5.5 Fatores de risco em idoso.**

Existe uma série de fatores de risco que afetam a população idosa, podem ser intrínsecos (próprio da idade), extrínsecos (ambientais) e comportamentais, tendo um efeito acumulativo e afetando assim a saúde da pessoa (BOLZANI, et al, 2011).

##### **Fatores de risco relacionados com a idade.**

Gênero: o sexo feminino tem um maior risco de queda.

- História prévia de Doença crônica não transmissível, queda.
- Poli- medicação (uso de 4 ou mais fármacos)
- Alteração de marcha e do equilíbrio; sedentarismo.

- Défice cognitivo, estado psicológico.
- Alterações da visão, ortopédicas, funcional (grão de dependência).

**Fatores de risco ambientais.**

- Iluminação deficiente.
- Piso irregular e /\*ou escorregadio.
- Degraus altos e estreitos.
- Ausência de corrimão. (Casa de banho e escadas)
- Obstáculos. (Mobiliário, tapetes, roupa e sapatos inadequados)

**Fatores comportamentais.**

Relacionado com o grau de exposição ao risco, tem possibilidades de promover qualidades de vida deficiente nas pessoas idosas (BOLZANI, et al, 2011).

## **6- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.**

Segundo Campos, Faria e Santos (2018) uma proposta de intervenção constitui uma ferramenta importante de trabalho, ajudando sempre a equipe que planeja para melhor modificação dos problemas identificados, sempre devendo ser convincente para assim amenizar as dificuldades a curto, médio e longo prazo.

É necessário que a equipe realize o acompanhamento contínuo das ações a serem feitas no trabalho, garantindo assim um melhor desenvolvimento na proposta de intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Foram empregados materiais do módulo Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, disponível no Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, ofertado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCOM), UFMG.

### **6.1 Descrição do Problema**

Na equipe de saúde foram analisados os atendimentos oferecidos às pessoas idosas durante suas visitas à UBS, que geralmente buscam as consultas devido à presença de doenças crônicas. Os idosos apresentam transformações corporais com limitações físicas e motoras, bem como problemas do ponto de vista social, familiar e econômico.

Em seu desempenho dentro de casa, podem existir dificuldades visuais, auditivas, sexuais, acompanhado em muitos momentos com quadros de depressão, insônia, ansiedades devido a impossibilidade de fazer tarefas que anteriormente faziam sem dificuldades, facilitando assim as quedas, um problema muito frequente hoje em dia em minha comunidade.

A orientação sobre as causas das quedas, aos familiares e cuidadores das pessoas idosas tem um papel importante para seu controle, sendo um desafio para os profissionais na Atenção Primária de Saúde, para garantir assim uma melhor qualidade de vida.

## 6.2 Explicação do problema

Para explicar as causas do problema priorizado utilizou-se o método de Espinha de Peixe, também conhecido como o Diagrama de Causa e Efeito. Nesse caso a análise do problema é feita através da elaboração desta técnica, largamente utilizada, apontando o efeito (problemas) em uma linha horizontal, e no meio da folha, as causas são colocadas em flechas as quais constituem linhas que apontam para o eixo central (MARCONDE, *et al.*; 2016).

As principais causas de quedas estão associadas a fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo os últimos os mais frequentes, relacionados com os fatores do meio ambiente; como dobras de tapetes ou fios no chão, iluminação inadequada, arquitetura de casas mal planejadas, disposição inadequadas de moveis, entre outros.

As quedas é um problema que pode ser resolvido, controlado e prevenido, melhorando a expectativa de vida nas pessoas idosas, sendo a promoção em saúde a principal ferramenta de trabalho para seu controle.

## 6.3 Identificações dos “nós críticos”

Os nós críticos que dificultaram uma abordagem mais completa nas pessoas idosas até o atual momento são os seguintes:

- Nível de informação insuficiente sobre as causas de quedas em pessoas idosas.
- Estrutura inadequada do centro de saúde.
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.

## 6.4 Desenho de Operações

**Tabela. 4 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência e prevalência de quedas em pacientes idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cinco, do município Belo Horizonte, estado de MG.**

<b>Nó crítico 1</b>	Nível de informação insuficiente sobre as causas de quedas em pessoas idosas
---------------------	--

<b>Operação</b> (operações)	Maior nível de informação
<b>Projeto</b>	Aumentar o nível de informação da Comunidade e equipe de saúde
<b>Resultados esperados</b>	Equipe de saúde capaz de orientar os idosos e sua família quanto a prevenção de quedas
<b>Produtos esperados</b>	Reunião para a capacitação dos membros da ESF para trabalhar com a prevenção de queda em idosos. Distribuição na população de panfletos e material com informação sobre as principais causas de quedas e seu controle.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Mobilização social e articulação Inter setorial com rede de ensino Cognitivo: informação sobre o tema Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, folder educativos, cartazes, material didáticos, etc. Político: Articulação Inter setorial
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Equipe de saúde Cognitivo: informação sobre o tema Político: conseguir espaço na rádio local para debates do tema Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais e didáticos
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Equipe de Saúde Secretaria Municipal de saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Não é necessária
<b>Prazo</b>	12 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Dra Aracelis Trinidad Roman Sanches
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Início em 3 meses, resultado esperado no prazo de 12 meses

**Fonte:** Aatoria Própria (2018).

**Tabela. 5 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema” Alta incidência e prevalência de quedas em pacientes idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cinco, do município Belo Horizonte, estado de MG.**

<b>Nó crítico 2</b>	Estrutura inadequada do centro de saúde
<b>Operação</b> (operações)	Melhor nível estrutural – Prevenção de quedas
<b>Projeto</b>	Manter o projeto de infraestrutura do centro de saúde Cabana
<b>Resultados esperados</b>	Prestar um melhor serviço de saúde à população
<b>Produtos esperados</b>	Garantir a compra de materiais para a construção e equipamentos médicos
<b>Recursos necessários</b>	Financeiro: Garantir o fornecimento de materiais Político incrementar os recursos para a estrutura e serviço Cognitivo - elaboração de um projeto adequado.
<b>Recursos críticos</b>	Político: Disposição para aumentar os recursos necessários para a mudança na UBS Financeiro: Recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamento)
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Perfeito Municipal Secretaria Municipal de saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Não são necessárias
<b>Prazo</b>	12 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Gerente
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Início em 6 meses, resultado esperado no prazo de 12 meses

**Fonte:** Autoria Própria (2018)

**Tabela. 6 Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema” Alta incidência e prevalência de quedas em pacientes idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cinco, do município Belo Horizonte, estado de MG.**

<b>Nó crítico 3</b>	Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.
<b>Operação (operações)</b>	Maior conhecimento dos profissionais
<b>Projeto</b>	Capacitar aos membros da equipe de saúde, abordando temas relacionados com as principais causas de quedas em idosos.
<b>Resultados esperados</b>	Melhorar o trabalho da equipe
<b>Produtos esperados</b>	Aumentar o nível de informação da Equipe de Saúde da Família
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: Local, recursos audiovisuais, folhetos Organizacional: Adequação na agenda de trabalho
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médico Enfermeira
<b>Ações estratégicas</b>	Não são necessárias
<b>Prazo</b>	6 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médica
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Início em 3 meses, resultado esperado no prazo de 6 meses

Fonte: Autoria Própria (2018).

### 6.5 Gestões do Plano de Ação

Para a verificação dos resultados esperados, propõe-se a realização de várias ações para seu desenvolvimento como, por exemplo: reuniões, palestras, dinâmica grupal entre outras, com a intenção de que se cumpram todos os

objetivos proposto no trabalho, sendo necessário o cumprimento no prazo escolhido de as atividades propostas.

## **7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

A terceira idade caracteriza-se por mudanças físicas em tudo o organismo do indivíduo, alterando suas funções e trazendo mudanças nos seus comportamentos, percepções, sentimentos, pensamentos, ações e reações. Há também alterações dos papéis sociais que resultam das mudanças biopsicológicas relacionadas ao avanço da idade.

O termo "Terceira Idade" foi criado pelo gerontologista francês Huet, cujo início cronológico coincide com a aposentadoria (entre 60 e 65 anos). O envelhecimento ocorre em diferentes dimensões (biológica, social, psicológica, econômica, jurídica, política) e depende de diversos fatores ocorridos nas fases anteriores da vida, como as experiências vividas na família, na escola ou em outras instituições.

Frequentemente o paciente idoso precisa de ajuda para realizar as atividades cotidianas, além do apoio e dedicação dos familiares, Equipe de Saúde, ACS. Na visita domiciliar avaliamos recursos para melhorar a qualidade de vida de os pacientes idosos.

A proposta de intervenção em pessoas idosas em nossa UBS Cabana tem o objetivo aumentar o nível de conhecimento dos pacientes da terceira idade sobre os fatores de risco que eles apresentam, fundamentalmente por queda, o que os predispõem à fratura da coxa femoral (quadril), prostração, pneumonia e morte. Além de escara da pele, infeções, tromboembolismo pulmonárias, infarto cerebral, entre outros.

Estas doenças são as principais causas de perda da qualidade de vida e morte dos pacientes idosos a nível mundial, incluindo as os enfermos portadores de patologia crônicas como o câncer, daí a importância de o desenvolvimento de nosso trabalho.

Ao final de este trabalho concluiu-se que:

- Existem um alto índice de quedas apresentadas em idosos na área de abrangência da equipe 5, do posto de saúde Cabana;
- O empenho da equipe é essencial para o desenvolvimento adequado de as ações a serem realizadas no trabalho (grupos operativos, palestras);
- Os principais fatores de risco nas pessoas idosas encontram-se relacionados com os fatores extrínsecos presentes na comunidade;
- O baixo nível econômico, assim como estilos e condições de vidas inadequadas, apresentados nos pacientes idosos aumenta o grau de vulnerabilidade social;
- Uma adequada assistência e apoio por parte de os profissionais de saúde da equipe vão melhorar os atendimentos ofertados á pessoas idosas;
- Para o desenvolvimento de as ações conjuntas é essencial a inter-relação com os diferentes setores sócias da comunidade.

## REFERENCIAS.

BELO HORIZONTE. WIKIPÉDIA. **La Enciclopédia Libre**, 2013. Disponível em: [www.pt.wikipédia.org/wiki/Belo Horizonte](http://www.pt.wikipédia.org/wiki/Belo_Horizonte). Acesso em: fevereiro de 2018.

BOLZANI, R A; RODRIGUES P, M; TOURINHO FILHO, H *et al.* **Quedas em idosos: fatores de risco, consequências e medidas preventiva**, São Paulo, 2011. Disponível em: [www.sescsp.org.br/online/artigo/6431\\_QUEDAS+EM+IDOSOS+FATORES+DE+RISCO+CONSEQUENCIAS+E+MEDIDAS+PREVENTIVAS](http://www.sescsp.org.br/online/artigo/6431_QUEDAS+EM+IDOSOS+FATORES+DE+RISCO+CONSEQUENCIAS+E+MEDIDAS+PREVENTIVAS). Acesso em: fevereiro de 2018.

BUOLHOSA N, E *et al.* **Envelhecimento populacional e previdência social. A questão social da longevidade e o financiamento dos sistemas previdenciário, sob a ótica do princípio da solidariedade social**. Universidade Federal do Pará. 2011. Disponível em: [www.epositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/7337/1/Tese\\_EnvelhecimentoPopulacionalPrevidencia.pdf](http://www.epositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/7337/1/Tese_EnvelhecimentoPopulacionalPrevidencia.pdf). Acesso em: fevereiro de 2018

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avalicao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avalicao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 12/08/2018

SILVA, E A. *et al.* **Envelhecimento Brasileiro e epidemiologia do envelhecimento união de ensino superior de campina grande Faculdade de Campina Grande –Fac-Cg Fisioterapia** 2015. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/11157766/>. Acesso em: fevereiro de 2018.

DAWALIBI, N. W *et al.* **Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO**, 2013. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf). Acesso em: 15/08/2018.

SANTOS, A *et al.* **Os Aspectos Médicos, Psicológicos e Neuropsicológicos da Demência e Alzheimer**. Universidade Paulista, 2016. Disponível em: [www.psicologia.pt/artigos/textos/A1001.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1001.pdf). Acesso em: fevereiro de 2018.

SORATTO, J. et al. **Estratégia de Saúde da Família: Uma inovação tecnológica em Saúde**. Santa Catarina, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf). Acesso em: outubro de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Belo Horizonte**, 2010. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>. Acesso em fevereiro de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Expectativa de vida dos brasileiros ao nascer em 2016**. Dezembro de 2017. Disponível em: [www.g1.globo.com/bemestar/noticia/expectativa-de-vida-do-brasileiro-ao-nascer-e-de-758-anos-diz-ibge.ghtml](http://www.g1.globo.com/bemestar/noticia/expectativa-de-vida-do-brasileiro-ao-nascer-e-de-758-anos-diz-ibge.ghtml). Acesso em: fevereiro de 2018.

MARCONDE, JS *et al.* **Diagrama de causa e efeito –Espinha de Peixe-Diagrama de Ishikawa**. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.gestaodesegurancaprivada.com.br/diagrama-de-causa-e-efeito-espina-de-peixe/>. Acesso em: fevereiro de 2018.

MARSH BENEFÍCIOS. **Envelhecimento da População: Novo Perfil Demográfico**, 2018. Disponível em: [www.mercermarshbeneficios.com.br/capitalintelectual/investigaciones/envelhecimento-da-populacao--novo-perfil-demografico.html](http://www.mercermarshbeneficios.com.br/capitalintelectual/investigaciones/envelhecimento-da-populacao--novo-perfil-demografico.html). Acesso em: fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**, Brasília 2016. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php) Acesso janeiro 2018.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. **Relatorio Mundial de Envelhecimento e Saúde**. SUISA, 2015. Disponível em: [www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?](http://www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?) Acesso em: fevereiro de 2018.

OLIMPIA, T. **O que é expectativa de vida?** Physician Burnout, 2018. Disponível em: [www.brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-expectativa-vida.htm](http://www.brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-expectativa-vida.htm). Acesso em: fevereiro de 2018.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. **Pastoral da pessoa idosa**, 2013. Disponível em: <http://www.pastoraldapessoaidosa.org.br/index.php/23-news/346-pesquisa-nacional-de-saude-pns-aponta-dados-sobre-a-saude-das-pessoas-idosas-no-pais>. Acesso em 18 de maio de 2018.

PIOLA, S.F *et al.* **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde**. (Pág. 22). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: [www.books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf](http://www.books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf). Acesso em: fevereiro de 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Pbh.gov.br. **Plano municipal de saúde de Belo Horizonte**, 2014. Disponível em: [www.prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude/plano-municipal-de-saude](http://www.prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude/plano-municipal-de-saude). Acesso em: fevereiro de 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Pbh.gov.br. **Plano municipal de saúde de Belo Horizonte** 2017. Disponível em: [www.prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude/plano-municipal-de-saude](http://www.prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude/plano-municipal-de-saude). Acesso em: fevereiro de 2018

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v 19,n 3,p 1-5, 2003. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2003>. Acesso em 8 de maio de 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia da saúde do idoso**, 2017. Disponível em [www.saude.pr.gov.br /arquivos/File/linhaguia-idoso.pfd](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguia-idoso.pfd). Acesso em 19 de maio de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Queda em Idosos**, sulp.1, p. 3-5, 2008. Disponível em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>. Acesso em maio de 2018.

