

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

Larissa Nascimento Antunes

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA REGALITO,
NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO – MINAS GERAIS**

Montes Claros- Minas Gerais

2020

Larissa Nascimento Antunes

PLANO DE PLANO INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA REGALITO, NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO – MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Montes Claros- Minas Gerais

2020

Larissa Nascimento Antunes

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA REGALITO, NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO – MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 13 de fevereiro de 2020

AGRADECIMENTOS

À Deus, minha força e luz nesta jornada, agradeço pelo Dom da Vida, pelas oportunidades aproveitadas, pela força, fé e coragem nos momentos difíceis de construção do conhecimento.

À minha família, por todo amor, apoio, carinho, contribuições e paciência.

Aos amigos de profissão agradeço pela troca de saberes e experiência, sobretudo pela amizade construída.

Aos agentes comunitários de saúde que participaram do processo de coleta de dados que norteia este trabalho.

Na arte do cuidar todo trabalho para ser bom tem que ser em equipe. Portanto, agradeço a todos da Equipe de Saúde da Família, Regalito.

Aos amigos de uma vida, agradeço por estarem sempre ao meu lado e viverem comigo todos os momentos e, sobretudo celebrar as conquistas.

“É justo que muito custe, o que muito vale”.
(Santa Teresa D'Ávila)

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde define idoso como indivíduo que possui 60 anos ou mais de idade. Estima-se que a proporção da população idosa salte de 12% para 22% até o ano de 2050. Os idosos são os principais consumidores de medicamentos nas unidades básicas de saúde. A adesão ou não ao tratamento proposto depende, primariamente, do grau de concordância entre o paciente e as orientações do médico ou outro profissional de saúde, bem como da compreensão que o paciente tem da sua doença. Há, portanto, uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso entre os idosos. Com base no diagnóstico situacional realizado no território da unidade, a equipe de saúde acordou pela importância de elaborar um plano de intervenção para minimizar esse problema. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, por parte, dos idosos da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Regalito, no município de São Francisco, Minas Gerais. Para subsidiar a realização do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos seguintes descritores: Saúde do idoso, adesão ao tratamento e promoção da saúde. O plano de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que as ações propostas venham minimizar o problema da não adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos idosos adscritos a equipe de saúde Regalito.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Adesão ao tratamento. Promoção da saúde.

ABSTRACT

The World Health Organization defines the elderly as an individual who is 60 years of age or older. It is estimated that the proportion of the elderly population will jump from 12% to 22% by the year 2050. The elderly are the main consumers of medicines in basic health units. Adherence or not to the proposed treatment depends, primarily, on the degree of agreement between the patient and the instructions of the doctor or other health professional, as well as on the patient's understanding of his illness. There is, therefore, a low adherence to medication and non-medication treatment among the elderly. Based on the situational diagnosis carried out in the unit's territory, the health team agreed on the importance of developing an intervention plan to minimize this problem. This work aims to develop an intervention plan to increase adherence to treatment, medication and non-medication, by the elderly in the area covered by the Regalito Family Health Team, in the city of São Francisco, Minas Gerais. To support the realization of the intervention plan, a bibliographic search was performed in the databases of the Virtual Health Library, using the following descriptors: Health of the elderly, adherence to treatment and health promotion. The intervention plan was prepared following the steps of strategic situational planning. It is hoped that the proposed actions will minimize the problem of non-adherence to medication and non-medication treatment of the elderly enrolled in the Regalito health team.

Keywords: Health of the Elderly. Adherence to treatment. Health promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Distribuição da população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Regalito, por faixa etária e microárea. São Francisco – Minas Gerais, 2019.	12
Tabela 2 - Aspectos epidemiológicos da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Regalito, por condição de saúde. São Francisco - Minas Gerais, 2019.	13
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Saúde Regalito, município de São Francisco, estado de Minas Gerais.	16
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico” 1 relacionado ao problema “Baixa adesão a tratamento medicamentos na população idosa”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regalito, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.	27
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico” 2 relacionado ao problema “Baixa adesão a tratamento medicamentos na população idosa”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Regalito, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.	28
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico” 3 relacionado ao problema “Baixa adesão a tratamento medicamentos na população idosa”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regalito, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Doutor Ariosto Correa Machado	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Regalito, da Unidade Básica de Saúde Doutor Ariosto Correa Machado	15
1.6 O funcionamento da Equipe de Saúde da Família Regalito	15
1.7 O dia a dia da equipe de saúde Regalito	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Saúde do idoso	21
5.2 Adesão ao tratamento	22
5.3 Promoção da saúde	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	26
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	26
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERENCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

São Francisco é um município localizado na região norte do estado de Minas Gerais, constituído por sete distritos: São Francisco, Lapa do Espírito Santo, Morro, Retiro, Santa Isabel de Minas, Santana de São Francisco e São João das Missões. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município é de 56.323 habitantes com uma densidade demográfica de 16,25hab/km² (IBGE, 2019). A economia do município consiste na agropecuária, piscicultura além de pequenos comércios (INSITITUTO RONDON MINAS, 2017).

Por ser uma cidade de médio porte é comum observar-se um déficit na área de infraestrutura, controle de trânsito e, além dessas questões, grande parte da comunidade considera que os espaços públicos, como praças e quadras, são mal utilizados devido a precariedade em que eles se encontram. O município possui apenas 17% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 86,6% de domicílios urbanos as vias públicas possuem arborização (IBGE, 2019).

A mortalidade infantil no município é de 20,31 para 1.000 nascidos vivos. As internações por diarreias ainda persistem no município e estão em torno de 0,4 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2019). A baixa cobertura de saneamento básico contribui com a manutenção de internações por diarreia.

O município de São Francisco, como muitos municípios brasileiros, a taxa de desemprego é grande e os órgãos públicos tornam-se a principal agência empregadora. Uma das razões de insuficiência na economia de São Francisco é o baixo investimento de capital privado, visto que, faltam empresas ou outras instituições privadas que possam gerar oportunidade de emprego e renda. Grande parte da renda familiar é derivada de benefícios governamentais e de assistência social e previdência social, girando em torno de menos de R\$1000,00 reais para grande parte da população. Em 2017, o salário médio mensal era de 1,7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7,6% (IBGE, 2019).

1.2 Aspectos da comunidade

O Bairro Jardim Regalito localiza-se em uma região próxima à área central da cidade de São Francisco, ainda que novo, é um bairro bastante povoado contando com diversas ruas e avenidas e com muitas residências em construção.

1.2.1 Aspectos socioeconômicos

A ESF Regalito atende 3912 habitantes, distribuídos nos bairros: Jardim Regalito, João Aguiar, Vila Vicentina, Morada do Sol e Funcionários. A unidade não se encontra dentro da área de abrangência e existe uma grande diferença nas condições econômicas entre os bairros. O bairro Jardim Regalito é caracterizado por famílias com um poder aquisitivo maior, baixa procura pelos serviços de saúde da unidade, população de maior escolaridade e maior recurso para tratamentos de saúde. No lado oposto, está a Vila Vicentina, que apesar de não estar tão próximo da ESF é a que apresenta maior procura, com população muito carente e dependente da unidade. Ressalta-se que, estrutura dos bairros é muito variada. A falta de asfaltamento é prevalente, exceto no Jardim Regalito.

1.2.2 Aspectos demográficos

Na tabela 1 apresenta-se a distribuição da população da área de abrangência da equipe de saúde da família Regalito, por faixa etária e por microarea.

Tabela 1 – Distribuição da população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Regalito, por faixa etária e microárea. São Francisco – Minas Gerais, 2019.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6	TOTAL
< 1	8	-	7	-	-	9	24
1-4	17	-	29	-	-	47	93
5-14	21	-	69	-	-	151	241
15-19	16	-	51	-	-	84	151
20-29	44	-	84	-	-	80	208
30-39	62	-	69	-	-	84	215
40-49	51	-	65	-	-	80	196
50-59	65	-	54	-	-	72	191

60-69	47	-	44	-	-	16	107
70-79	29	-	28	-	-	5	62
≥ 80	7	-	9	-	-	2	18
TOTAL	367	-	509	-	-	630	1.506

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (Fichas A) 2019.

Verifica-se que a população adscrita à equipe de saúde Regalito tem uma predominância de indivíduos que se concentram na faixa etária de 30 a 39 anos, contudo, é possível observar de forma significativa um total de 107 indivíduos compreendidos entre a faixa etária de 60 a 69 anos.

Na tabela 2 destaca-se as principais condições de saúde da população adscrita a eSF Regalito do município de São Francisco – Minas Gerais, 2019.

1.2.3 Aspectos epidemiológicos

Tabela 2 - Aspectos epidemiológicos da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Regalito, por condição de saúde. São Francisco - Minas Gerais, 2019.

Condição de Saúde	N
Gestantes	29
Hipertensos	340
Diabéticos	212
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	21
Pessoas que tiveram AVC	15
Pessoas que tiveram infarto	20
Pessoas com doença cardíaca	78
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	5
Pessoas com hanseníase	1
Pessoas com tuberculose	1
Pessoas com câncer	2
Pessoas com sofrimento mental	126
Acamados	8
Fumantes	16
Pessoas que fazem uso de álcool	19
Usuários de drogas	2

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (Fichas A) 2019.

Os dados da tabela 2 demonstram o alto índice de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis. É possível observar também que, as doenças mentais têm acometido grande parte da população adscrita à unidade.

1.3 O sistema municipal de saúde

O município conta com 21 estabelecimentos de saúde, sendo 18 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Também possui uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de atendimento odontológico em unidades da zona urbana e rural. Todo o fluxo de saúde do município começa, principalmente, a partir da ESF. Nela, o usuário é consultado pelo médico e direcionado às outras especialidades, além da atenção secundária e terciária, quando necessária. Os encaminhamentos são realizados para os municípios que fazem parte da pactuação intermunicipal.

São observados inúmeros problemas relacionados aos investimentos na área da saúde, o que é uma queixa generalizada principalmente devido à falta de estrutura e especialidades médicas, o que deixa a população refém dos serviços oferecidos pelas outras cidades da região, principalmente Brasília de Minas e Januária.

As Unidades Básicas de Saúde não possuem os instrumentos necessários para realizar os atendimentos adequados aos moradores. Frequentemente faltam médicos, medicamentos e os tratamentos e exames mais complexos não são realizados no município, o que causa uma demora no atendimento. Os pacientes que necessitam de atendimento especializado são encaminhados às cidades de Montes Claros, Brasília de Minas e Januária.

Os problemas não afetam somente os usuários, os profissionais também se encontram insatisfeitos com a situação da saúde pública municipal, inclusive, devido a não fixação do profissional numa única unidade, já tendo sido inclusive realizado rodízio dos profissionais nas eSF.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Doutor Ariosto Correa Machado

A ESF Regalito se localiza na Rua Lourenço de Carvalho, 64, Bairro Bandeirantes, em São Francisco MG. Funciona na mesma estrutura física da ESF Bandeirantes, formando junta a Unidade Básica de Saúde Doutor Ariosto Correa Machado.

O imóvel pertence à Prefeitura sendo relativamente novo, mas já necessita de reforma, porque a área física está insuficiente para o desenvolvimento das

atividades ofertadas na UBS. Devido à demanda das duas equipes, o espaço torna-se pequeno e há tumulto nos horários de picos de atendimento porque não há espaço para que todos os usuários consigam aguardar os atendimentos assentados. Além disso, para a realização dos grupos o espaço da recepção é muito pequeno, não há sala de reuniões e os encontros são realizados no fundo da unidade, onde há um espaço aberto e ventilado.

Ultimamente tem havido falta de materiais e insumos para a realização de procedimentos, havendo insatisfação dos moradores. Destaca-se que, há falta de medicamentos na farmácia básica, que fica ao lado da unidade.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Regalito, da Unidade Básica de Saúde Doutor Ariosto Correa Machado.

A Equipe de Saúde da Família (eSF) Regalito é composta por 13 servidores, sendo: uma médica, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma recepcionista. Todos os membros trabalham bem em equipe, colaborando para que seja feito um bom trabalho.

1.5 O funcionamento da Equipe de Saúde Regalito

Como a Unidade Básica de Saúde Doutor Ariosto Correa Machado funciona das 7:00h às 17:00h a equipe de saúde Regalito acompanha o horário de funcionamento da referida unidade, mas, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde, que se alternam durante a semana, em atividades administrativas, como auxílio na recepção e arquivo, devida a sobrecarga frequente da recepcionista, posto que, a mesma atende a população das duas equipes que buscam atendimento na unidade.

1.7 O dia a dia da equipe de saúde da família Regalito

A equipe divide sua semana de acordo com a programação mensal proposta pela enfermeira. Os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam visitas, processo de digitação de informações no sistema e-SUS e ainda reuniões de planejamento. A técnica enfermagem está envolvida nos procedimentos da sua função e na triagem.

A enfermeira realiza as consultas de enfermagem e acolhimento, além da avaliação dos casos de demanda espontânea.

A agenda médica é programada pela enfermeira, sendo 75% para a demanda programada e 25% à demanda espontânea. O agendamento é feito semanalmente. Não há dia específico para acolhimento, o mesmo é realizado diariamente pela enfermeira. Uma vez por semana, no turno matutino da sexta feira acontece o atendimento pré-natal com o médico. Uma vez ao mês, realizamos grupos de educação em saúde, como Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA).

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

O diagnóstico situacional de saúde da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Regalito utilizando o método de estimativa rápida possibilitou identificar os principais problemas de saúde existentes no território da unidade, a saber:

- Baixa adesão ao tratamento não medicamentoso.
- Portadores de sofrimento mental com acompanhamento insuficiente.
- Baixa adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso.
- Coleta de lixo inadequada.
- Alta incidência de desempregados na área de abrangência da unidade.

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

A ordem de prioridades foi estabelecida utilizando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe, conforme mostra o quadro 1 (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Estes autores comentam que se faz necessário a priorização dos problemas a serem enfrentados. Por conseguinte, estes são classificados em concordância com importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Regalito, Unidade Básica, da Unidade Básica de Saúde Doutor Ariosto Correa Machado, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Baixa adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso	Alta	10	Parcial	1
Portadores de sofrimento mental com acompanhamento insuficiente	Alta	5	Parcial	2
Coleta de lixo inadequada	Alta	5	Parcial	3
Alta incidência de desempregados na área de abrangência da unidade	Média	5	Fora	4
Baixa adesão ao tratamento não medicamentoso	Média	5	Parcial	2

Fonte: Dados coletados pela equipe da ESF Regalito (2019)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

A equipe de saúde identificou uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, que resulta em um controle inadequado a condições crônicas como hipertensão, diabetes e saúde mental.

O problema recorrente é identificado, em visitas regulares dos ACS, nos atendimentos realizado pela equipe de enfermagem e durante as consultas médicas.

Há um grande número de idosos na área de abrangência, e muitos moram sozinhos muitas vezes, não conseguem tomar os remédios com regularidade. A condição de analfabetos, entre alguns acarreta o uso inadequado da dosagem ou não fazendo o uso diário, conforme prescrito.

2 JUSTIFICATIVA

Na contemporaneidade, os idosos são os principais consumidores de medicamentos nas unidades básicas de saúde. A adesão ou não ao tratamento proposto depende, primariamente, do grau de concordância entre o paciente e as orientações do médico ou outro profissional de saúde, bem como da compreensão que o paciente tem da sua doença.

Muitos são os fatores que podem influenciar a adesão à terapêutica, dentre eles: fatores intrínsecos do paciente, que se referem à doença e/ou características do tratamento e relacionados à relação entre o paciente e os profissionais de saúde. A poli farmácia também é um fator importante no que tange a adesão ao tratamento: espera-se que alguém que use um medicamento, tenha melhor adesão que alguém que use seis medicamentos distribuídos em múltiplas doses durante o dia. Na realidade o quantitativo não tem relação de seguimento adequado do tratamento.

Torna-se necessário rever as práticas na atenção básica sobre o uso de medicamentos pela população idosa.

O tema foi escolhido devido ao impacto causado pela baixa adesão a tratamento no desfecho das principais condições crônicas que acompanham a população idosa, como Hipertensão Arterial, Diabetes *mellitus* e Doenças Psiquiátricas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso por parte dos idosos da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Regalito, no município de São Francisco, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Proporcionar a melhora clínica dos idosos por meio de estratégias que facilitem a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Capacitar a equipe saúde da família para uma melhor assistência à população idosa.

Estimular o uso dos medicamentos conforme o esquema posológico prescrito.

4 METODOLOGIA

Este plano de ação foi elaborado a partir do diagnóstico situacional realizado no território da unidade pelo método da estimativa rápida e dos dados coletados dentro da unidade de saúde, por meio dos relatos dos ACS, das informações da equipe médica e enfermagem. A partir da análise dessas informações e dos dados foi possível identificar os principais problemas existentes na comunidade e selecionar o problema prioritário, ou seja, aquele mais relevante, neste momento: que foi a não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pela população de idosos.

Para dar sustentabilidade ao plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema deste trabalho.

A pesquisa foi realizada por meio dos seguintes descritores:

- Saúde do Idoso.
- Adesão ao tratamento.
- Promoção da Saúde.

O plano de intervenção foi realizado seguindo os passos do planejamento estratégico conforme proposto por Faria, Campos e Santos (2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Saúde do idoso

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “idoso” é todo indivíduo que possui idade acima de 65 anos, para os países desenvolvidos, e 60 anos para os países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). O termo “terceira idade” tem sido empregado para caracterizar esses indivíduos, que embora não se encontrem na idade do mercado de trabalho, também não apresentam sinais de senilidade e decrepitude e como grupo de aposentados, tem influência na sociedade (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como

[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (BRASIL, 2006, p. 6).

Nesta perspectiva, é possível observar que todos os países enfrentam desafios para garantir que seus sistemas públicos de saúde estejam prontos para atender as mudanças demográficas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). No Brasil, estima-se que existem cerca de 17,6 milhões de idosos, representando aproximadamente 11% da população (BRASIL, 2010).

O envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento se deu de maneira exacerbada, a partir da segunda metade do século XX em consequência do processo migratório para regiões urbanas, em busca de melhores condições sanitárias e acesso aos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005; MORAES, 2012).

Com o objetivo de atender as demandas crescentes da população idosa no Brasil, foi promulgada a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/94, preconizando os direitos sociais à pessoa idosa, propiciando condições para a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade e reafirmando o direito à saúde na rede de atenção do SUS (BRASIL, 1994).

O processo de transição demográfica é responsável pela redução da população jovem e aumento dos grupos etários mais avançados. No Brasil, houve uma redução no número de crianças com idade de 0 a 14 anos, entre os anos de 2000 e 2010, enquanto que a população de 65 anos ou mais excedeu de 3,1%, em 1970, para 7,4%, em 2010 (BRASIL,2011).

Para a pessoa idosa, o conceito de saúde está diretamente associado a condição de autonomia e independência, uma vez que o surgimento de doenças crônicas continuará a existir na velhice (FIRMO; BARRETO; LIMA-COSTA, 2004). Em detrimento da desigualdade social do Brasil, surge a necessidade de atenção especial e cuidados a longo prazo da pessoa idosa.

5.2 adesão ao tratamento

Adesão é definida pela OMS conforme comportamento acordado entre pacientes e profissional de saúde, seguindo as recomendações determinadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), caracterizando um envolvimento adjunto entre quem trata e quem é tratado (FLORES; MENGUE, 2005; MACLAUGHLIN *et al.*, 2005).

Pressupõe-se que as taxas de não adesão aos tratamentos medicamentosos se encontrem entre 41-74% em pessoas com mais de 60 anos, sendo responsável por aproximadamente 10% das admissões hospitalares (COONEY; PASCUZZI, 2009), o que acarreta consequências clínicas e econômicas, como quedas e exacerbação da doença (COONEY; PASCUZZI, 2009; ANDRADE; SILVA e FREITAS, 2004).

A adesão à terapêutica pode ser influenciada por diversos fatores, tais como: nível socioeconômico do paciente e/ou cuidador, problemas de déficit cognitivos e ou motores, pouco conhecimento de como usar a terapêutica e a falta de uma boa relação médico/paciente (MACLAUGHLIN *et al.*, 2005; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

Dessa forma, a compreensão dos fatores que impulsionam a adesão e que levam à não adesão é primordial para o aprimoramento dos cuidados com indivíduos que entram na terceira idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Nesse contexto algumas barreiras para a adesão ao tratamento são observadas e devem ser aperfeiçoadas, uma vez que se faz necessária uma atenção especial no manejo clínico desses pacientes. O tratamento simultâneo de diversas condições de saúde pode decorrer do uso de diversas medicações, caracterizada como poli medicação (PATEL, 2003). Definida também como o uso simultâneo e crônico de múltiplos medicamentos, além de apresentar riscos farmacológicos, é o fator importante que predispõe os idosos à baixa adesão (MACLAUGHLIN *et al.*; 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Outro fator que agrava a falta de adesão ao tratamento é a incapacidade ou presença de alguma deficiência dos idosos, que residem sozinhos e apresentam dificuldades de fazerem o uso correto da medicação (CONTRERAS *et al.*, 2005).

De acordo Coelho *et al.* (2005), quando ocorre uma adesão inadequada à terapêutica, o tratamento instituído pode ser julgado como ineficaz. Este fato pode levar o profissional de saúde a buscar outra estratégia, como aumento da dose ou substituição de medicamento, ou ainda adição de um novo medicamento em conjunto com os já utilizados.

Uma adesão medicamentosa eficaz se dá em virtude das ações da equipe de Saúde da Família, voltadas as necessidades dos idosos, de forma individual e particular identificando suas necessidades e particularidades, de modo que a assistência seja mais individualizada, mais eficiente, humana e resolutiva (ARAUJO *et al.*, 2004).

5.3 Promoção da saúde

O conceito de promoção de saúde de acordo a Carta de Ottawa, é definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo [...]”, enfatizando ainda que a saúde “é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2001, p. 19-20).

A definição chama a atenção para a habilidade das pessoas desenvolverem de maneira conjunta, habilidade e poder de agir em benefício da qualidade de vida, ao passo que sujeitos e/ou comunidades, enquanto referências para o desenvolvimento das

ideias promotoras de saúde em todo mundo (ARAÚJO; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2013, p. 634).

A promoção da saúde é compreendida como a capacidade da comunidade de executar para buscar sua melhoria de saúde, contribui diretamente para melhoria da qualidade de vida, não apenas no âmbito da melhoria individual, mas alcançando os aspectos ambientais, sociais, econômicos e culturais na vida dos sujeitos no seu território.

A noção de qualidade de vida caracteriza-se, como uma relação por meio da qualidade das condições de vida disponíveis, sejam elas fatores ambientais, sociais e econômicos, e a qualidade dos estilos de vida escolhidos, no que diz respeito aos fatores comportamentais, de modo que, é a percepção individual desses elementos que os articula (GIMENES, 2013, p. 293).

A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Básica, seja por demanda espontânea, ou por busca ativa, é identificada nas visitas domiciliares, e deve fazer parte de diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/ familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 1395/1999, do Ministério da Saúde (MS), criada pela Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), busca promover o envelhecimento saudável, bem como a prevenção de doenças, recuperação da saúde, preservação, melhoria, reabilitação da capacidade funcional do idoso para assegurar a permanência do mesmo no ambiente e na sociedade, desempenhando de forma independente suas atividades. As ações no setor de saúde deverão se direcionadas a partir dessa política, bem como as responsabilidades para alcançar a proposta (RODRIGUES *et al.* 2007 apud BRASIL, 1999).

Além do mais, direciona para o processo de avaliação contínua que deve acompanhar o desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A Atenção Básica tem como recomendação a organização da Assistência à Saúde, como eixo principal da Estratégia Saúde da Família, atuando como “ponto inicial”

nos serviços de Saúde (STARFIELD, 2002). A evolução desta proposta está diretamente ligada às cartas da Promoção da Saúde, resultado da Conferência de Promoção da Saúde, iniciada em 1986, com a Conferência de Ottawa, primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, e vem ganhando força a cada nova formulação de declaração internacional em conferência realizada sobre o tema proposto (BRASIL, 2001).

O objetivo da Atenção Básica é oferecer à pessoa idosa bem como a sua rede de suporte social, familiares e cuidadores, atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando às culturas locais, às diversidades do envelhecer e diminuindo as barreiras arquitetônicas de forma a possibilitar o acesso à rede de atenção à saúde (VALLE, 2016).

O Manual de Estrutura Física, do Ministério da Saúde propõe adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis que são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo da população (BRASIL, 2006).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta do plano de intervenção foi elaborada com a prerrogativa de minimizar o problema da baixa adesão ao tratamento medicamentoso na população idosa da eSF Regalito. O problema é de conhecimento público e dos profissionais de saúde que atuam na unidade, e persiste por muitos anos. Trata-se de um problema desafiador para a intervenção, uma vez que, a sua resolução dependerá da mudança de hábitos da população.

6.1_Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema identificado pela equipe de saúde da família Regalito, a baixa adesão à terapêutica medicamentosa é recorrente por parte da população idosa, que faz uso de muitos medicamentos. Percebido isso, durante as visitas domiciliares, àqueles que têm acesso dificultado à unidade, observam-se que os casos de baixa adesão se concentram principalmente nos pacientes que não procuram, ou procuram pouco a Unidade básica de saúde. Nesse contexto há uma carência por programas sociais que atendam as condições de saúde da população idosa frente ao problema enfrentado.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Algumas causas podem estar associadas a baixa adesão terapêutica de pacientes idosos, levando em consideração que esta população reside em grande parte em cidades do interior, muitas vezes sozinhos, com outros idosos, ou com familiares que passam o dia fora no trabalho sendo ainda analfabetos funcionais o que dificulta o manejo adequado das medicações utilizadas em períodos e horários distintos, dessa forma surge a necessidade de programas sociais com o objetivo de reduzir a baixa adesão de medicamentos nesta população.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

“Nó crítico” é definido por Faria, Campos e Santos (2018, p.60) como “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema

principal e efetivamente transformá-lo”. É uma causa sobre a qual se pode intervir, que a equipe tem governabilidade.

Para melhor abordagem e resolução do problema apresentado, os “nós críticos” foram selecionados:

- Falta de adesão ao tratamento medicamentoso.
- Uso incorreto de medicamentos.
- Analfabetismo funcional de idosos.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Selecionados os “nós críticos” do problema priorizado pela equipe, baixa adesão a tratamento medicamentoso em pacientes idosos, foram construídas as operações para enfrentamento dos mesmos, conforme mostram os quadros 2, 3 e 4.

O desenho das operações é necessário e possibilita determinar o que é possível realizar pela comunidade assistida. Além disso, podem-se definir os gastos e os resultados a longa demanda. Quando se efetua ações educativas programadas, tem-se a possibilidade de intervir (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). As operações estão desenhadas nos quadros 2, 3 e 4, a seguir.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico” 1 relacionado ao problema “Baixa adesão a tratamento medicamentoso na população idosa”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Regalito, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de adesão ao tratamento medicamentoso.
Operação	Realizar grupos operativos para a população em tratamento de doenças crônicas que faz uso de muitas medicações.
Projeto	Saúde mais!
Resultados esperados	Conscientização sobre a doença, suas causas e uso de medicação, ressaltando a importância da continuidade no tratamento proposto.
Produtos esperados	Implantação de grupos operativos na área de abrangência, com horários e dias pré-estabelecidos e adesão ao tratamento medicamentoso pelos idosos
Recursos necessários	Organizacional: Planejamento das atividades, organizar os horários das reuniões. Cognitivo: abordar sobre as doenças crônicas mais recorrentes na área de abrangência. Elaborar palestras sobre os temas propostos de acordo sugestões dos usuários. Político: Recursos audiovisuais e panfletos disponibilizados pela

	coordenação da ESF, divulgação em meio eletrônico, rádio comunitária local. Financeiro: Para impressão de panfletos e recursos audiovisuais.
Recursos críticos	Financeiro: Para impressão de panfletos e recursos audiovisuais.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde. Participantes da comunidade.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto na eSF, através de reuniões com equipe de saúde.
Prazo	Até março de 2020.
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro, médica e demais membros da equipe de Saúde Regalito.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A gestão é avaliada a cada seis meses pela equipe de saúde que se capacita sobre a busca ativa de pacientes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico” 2 relacionado ao problema “Baixa adesão a tratamento medicamentos na população idosa”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Regalito, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Uso incorreto de medicamentos
Operações	Ação que envolve o usuário, família e cuidadores, para definir a escolha de responsável em separar a medicação.
Projeto	Acolhimento solidário.
Resultados esperados	Diminuir os erros de ingestão de medicamentos, melhorando a qualidade de vida dos idosos.
Produtos esperados	Eleição de um membro da família ou cuidador para que, após treinamento realizado pela equipe de saúde, o membro escolhido separe a medicação semanal dos idosos com dificuldade de visão.
Recursos necessários	Cognitivo: Treinamento com os eleitos e com os idosos. Financeiro: Recursos para impressão, papel e canetas. Político: Compra de caixas de plástico com divisões. Aplicação de desenhos de identificação nas caixas. Confecção de materiais informativos.
Recursos críticos	Financeiro: Recursos para impressão, papel e canetas.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto na ESF, através de reuniões com equipe de saúde.
Prazo	Até abril de 2020.
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde e Secretário Municipal de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das	A demanda de monitoramento acontecerá por 2 anos por meio de avaliação semanal no primeiro mês e mensal nos posteriores para verificar a eficácia da ação.

ações	
-------	--

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico” 3 relacionado ao problema “Baixa adesão a tratamento medicamentos na população idosa”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Regalito, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Analfabetismo funcional de idosos.
Operação	Implementar sistema visual de identificação de medicamentos para melhor manuseio de medicamentos por idosos.
Projeto	Saúde Consciente.
Resultados esperados	População de idosos capacitada para identificar medicamentos prescritos a serem usados no período da noite com gravura de uma lua e no período do dia com gravura de um sol.
Produtos esperados	Pacientes mais informados, mais cientes e responsáveis com o tratamento e uso de medicamentos.
Recursos necessários	<p>-Estrutural: Realizar reuniões para instruir os idosos, bem como familiares e cuidadores e explicar a simbologia para distinguir os medicamentos a serem usados Dia/Noite.</p> <p>-Cognitivo: Linguagem simples e dinâmica para a comunidade.</p> <p>-Financeiro: Recursos para impressão de adesivos.</p> <p>-Político: Apoio Municipal para solicitar recursos administrativos</p>
Recursos críticos	Financeiro: Para impressão de adesivos.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto, na UBS para os profissionais de saúde e comunidade. É fundamental a reiteração entre os profissionais de saúde e comunidade acerca de ações educativas.
Prazo	Até maio de 2020
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Agentes comunitários de saúde, enfermeiro, médica e equipe de Saúde da UBS Regalito.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião a cada seis meses, para discutir sobre o entendimento da comunidade acerca da conscientização e da estratégia utilizada para administração de medicamentos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento da longevidade, o número de idosos atendidos pela equipe de saúde da família Regalito tende a aumentar.

Para o efetivo cuidado dos idosos, a equipe multiprofissional precisa observar as vulnerabilidades as quais estão submetidos para desenvolver ações voltadas para a manutenção da capacidade funcional e de sua autonomia.

Desse modo, há necessidade do desenvolvimento de ações de promoção e prevenção que proporcionem orientações, acompanhamentos e uma assistência que vise sanar nas vulnerabilidades.

Espera-se, com as atividades desenvolvidas pelo plano de intervenção, melhorar o conhecimento dos idosos acerca das doenças que estão em tratamento e com isso também melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

REFERENCIAS

ANDRADE, M. A.; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Semina: ciências biológicas e da saúde**, v. 25, n. 1, p. 55-64, 2004.

ARAÚJO, M. A. S. *et al.* Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia-GO. **Rev UFG**, v. 5, n. 2, p. 19-22, 2017.

ARAÚJO; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN. Educação em saúde: reflexões para a promoção da vigilância à saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 633-651

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União** - Seção 1 – p. 77, 5/1/1994 Disponível, em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 19 jan. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecendo diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 19 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001

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

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.1-22

COELHO, E. B. *et al.* Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 3, p. 157-161, 2005.

CONTRERAS, E. M. *et al.* Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. ETECUM-HTA study. **Blood pressure**, v. 14, n. 3, p. 151-158, 2005.

COONEY, D.; PASCUZZI, K. Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension. **Clinics in geriatric medicine**. v. 25, n. 2, p. 221-233, 2009.

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

FIRMO, J. O. A.; BARRETO, S. M.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 512-521, 2004.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005.

GIMENES, G. F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 291-318, Aug. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200003>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidade de São Francisco Minas Gerais, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-francisco/panorama>. Acesso em: 6 de fev. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000 a 2060 – Revisão 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 jan. 2020

MACLAUGHLIN, E. J. *et al.* Assessing medication adherence in the elderly. **Drugs & aging**, v. 22, n. 3, p. 231-255, 2005.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: Aspectos conceituais. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília. 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento Activo**: Uma Política de Saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

PATEL, R. B. Polypharmacy and the elderly. **Journal of Infusion Nursing**, v. 26, n. 3, p. 166-169, 2003.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, Sept. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300021&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300021>

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad Saúde Pública**, v. 26, p. 2389-2398, 2010.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO, 2002.

VALLE, M. M. L. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na USF Marta Maria de Araújo, Acari/RN.** 2016. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing and health**, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>>. Acesso em: 19 jan. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva: WHO; 2003