

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS DE  
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

PAULA CRISTINA ROCHA DA SILVA VIANA

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES

Brasília

PAULA CRISTINA ROCHA DA SILVA VIANA

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES

Monografia apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

Orientadora 1. Patrícia Chaves Gentil.  
Orientadora 2. Antonia Angulo-Tuesta

Brasília  
2008

Ficha Catalográfica elaborada por  
Vanessa Luiz Neunzig – Bibliotecária CRB 1/2.175

V614a VIANA, Paula Cristina Rocha da Silva  
Atenção à saúde do idoso na estratégia de saúde da família  
no município de Vitória - ES / Paula Cristina Rocha da Silva  
Viana — Brasília: [s.n], 2008.  
39 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Políticas de  
Alimentação e Nutrição) – Programa de Pós-graduação em  
Saúde Coletiva, Diretoria Regional de Brasília, 2008.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Doença Crônica. 3. Idoso.  
4. Saúde da Família. 5. Serviços de Saúde para Idosos. I.  
Título.

**CDD: 612.39**

Ao meu Esposo, pelo incentivo.

## Agradecimentos

À Fundação Oswaldo Cruz.  
À Diretoria Regional de Brasília.  
Ao Programa em Pós-graduação em Saúde Coletiva.  
À Orientadora Patrícia Chaves Gentil  
pelo acompanhamento pontual e competente.  
À Orientadora Antonia Angulo-Tuesta pelo “socorro”.  
Aos professores do Curso de Pós-Graduação Especialização  
em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

A todos os que direta ou indiretamente  
contribuíram para a realização deste projeto.

“o anoitecer da vida deve também possuir  
um significado próprio e não pode  
ser, apenas, um apêndice lamentável  
da manhã da vida”.

Jung

## Resumo

VIANA, Paula Cristina Rocha da Silva. Atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória - ES. 39 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

Este projeto de intervenção apresenta uma proposta de projeto piloto de Atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Visa atender os idosos de forma integral e específica, a partir de uma perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar, respeitando-se os direitos, as preferências, as necessidades e habilidades para promover um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. O projeto piloto de atenção à saúde do idoso na ESF surgiu com o intuito de complementar o serviço oferecido pelo Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI) existente no município de Vitória – ES, que atualmente desenvolve atividades no nível secundário de atenção à saúde do idoso. Observa-se, que há uma demanda crescente de idosos nos serviços de saúde acometidos por doenças crônicas não transmissíveis e o despreparo dos serviços de saúde em atendê-los segundo as suas necessidades. A equipe de ESF do município, que desenvolverá o projeto-piloto, será escolhida segundo os seguintes critérios: maior número de idosos cadastrados e acompanhados regularmente; espaço físico de fácil acesso e em condições boas e adequadas de iluminação e pisos, sala de espera ampla, limpa e confortável; adesão dos profissionais que trabalham nas unidades e recursos humanos disponíveis.

Palavras – chave: Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica. Idoso. Saúde da Família. Serviços de Saúde para Idosos.

## Abstract

VIANA, Paula Cristina Rocha da Silva. Atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória - ES. 39 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

This project of intervention presents a proposal for pilot project of Attention to the health of the elderly in the Strategy for Family Health (SFH). Aims to serve the elderly fully and specifically, from a multidisciplinary and interdisciplinary perspective, it is respecting the rights, preferences, needs and abilities to promote healthy ageing and quality of life. The pilot project of health care among the elderly in the SFH emerged with the aim to complement the service offered by the Centre of Reference for the Aged Care (CRAC) in the city of Vitoria-ES, which currently develops activities at secondary level of attention to the health of elderly. It appears that there is a growing demand for elderly in health services affected by chronic non-transmissible diseases and the unpreparedness of health services to serve them according to their needs. The SFH team of the council, which will develop the pilot project will be chosen according to the following criteria: increased number of people registered and monitored regularly; physical space for easy access and in good condition and suitable lighting and floors, large waiting room , Clean and comfortable; membership of professionals who work in units and human resources available.

Key - Words: Primary Health Care. Chronic Disease. Aged. Family Health. Health Services for the Elderly.



## Sumário

### INTRODUÇÃO

1. Situação problema -----	8
2. Objetivos geral e específicos -----	13
3. Justificativa social e técnico-institucional -----	14

### DESENVOLVIMENTO

4. Referencial teórico -----	16
5. Metodologia -----	26

### CONCLUSÃO

6. Análise de viabilidade -----	33
7. Cronograma -----	35
8. Referências -----	36

## INTRODUÇÃO

### 1) Situação Problema

O estado de Espírito Santo (ES) é composto por 78 municípios, divididos em 8 microrregionais de saúde. Vitória é a capital do estado e apresentava em 2006, 317.085 habitantes. No ano de 2005, havia 8,7% de idosos com relação à população total do Estado (3.408.365 habitantes). Em Vitória este percentual sobe para 9,9%. A esperança de vida ao completar 60 anos de idade, em 2005, era de viver mais 21,65 anos, um pouco acima da média nacional de 20,94. O índice de envelhecimento em 2006 no ES era de 33,8, semelhante a média nacional de 33,9. Em Vitória esse índice sobe para 46,8. Dados do Ministério da Saúde (2006) revelaram que no Brasil, em 1981, haviam 6 idosos para cada 12 crianças com idade de até 5 anos, e que em 2004, já haviam 6 idosos para cada 5 crianças até 5 anos (MS, 2006).

Durante o ano de 2006, foi realizada pela Secretaria de Estado da Saúde do ES uma pesquisa para avaliar o perfil nutricional dos idosos residentes no município de Vitória – ES, onde foram acompanhados 1005 idosos, com idade acima de 60 anos. Após análise dos dados coletados, diagnosticou-se uma elevada prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, em especial doenças cardiovasculares, na população estudada. O excesso de peso, segundo IMC para idosos, demonstrou-se bastante prevalente, tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino, 41,70% e 48,30% respectivamente. Apenas 29% dos idosos entrevistados da capital relataram caminhar regularmente, não havendo diferença significativa entre os sexos. Observou-se também, que a prevalência de hipertensão arterial

auto-referida nos idosos apresentava-se como fator de risco mais relevante, 63% (Perfil Nutricional dos Idosos Residentes no Município de Vitória/ES, 2006).

Ao comparar os dados revelados através da pesquisa municipal com dados dos sistemas de informação existentes do Ministério da Saúde, observou-se que seguem a mesma tendência e são bastante semelhantes.

O sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para a carga de doenças crônicas e incapacidades. As conseqüências para a saúde associadas a estes fatores incluem desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, tais como a osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas músculo-esqueléticos, problemas de pele e infertilidade, até condições graves como doença coronariana, diabetes mellitus tipo 2 e certos tipos de câncer (INCA, 2004).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25% a 40% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes vasculares cerebrais - AVC, respectivamente. Esta multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (INCA, 2004).

Dentre as doenças crônicas de maior relevância, destaca-se o AVC, que continua sendo uma das grandes preocupações da atualidade, tendo em vista ser a terceira maior causa de morte por doença no mundo, depois das doenças cardíacas e do câncer. (...) Os AVC são, hoje, uma

das causas mais comuns de disfunção neurológica que ocorre na população adulta (...), sendo responsável por grande parte das incapacidades físicas que atingem os idosos. O AVC é considerado uma doença primária do idoso, contudo, aparece também nas estatísticas como a terceira causa de morte entre as pessoas de meia idade (Costa; Duarte, 2002).

Ao analisar dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) sobre a morbidade da população em Vitória, observou-se que em 2007, 24,9% dos idosos foram internados devido a doenças do aparelho circulatório. Quanto à mortalidade proporcional por grupo de causas, 43,6% dos idosos morreram de doenças do aparelho circulatório em 2005, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (DATASUS, 2008).

Dentre as doenças do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração são as duas causas mais frequentes de óbitos. A hipertensão arterial é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, particularmente entre idosos, sendo a causa modificável mais importante na morbidade e mortalidade cardiovasculares (WHO, 2005). É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos (Firmo; Uchôa; Costa, 2004).

Desta forma, comparando os resultados da análise preliminar do banco de dados da pesquisa Perfil Nutricional dos Idosos Residentes no Município de Vitória/ES de 2006, com os dados do Brasil e do ES, pode-se observar que a situação é semelhante nas regiões descritas.

Os riscos de um indivíduo desenvolver doenças crônicas não transmissíveis podem surgir em qualquer etapa da vida, desde os primeiros até os últimos anos. Na vida fetal, o estado

nutricional materno e o peso ao nascer; no primeiro ano de vida e na infância, a condição socioeconômica, o estado de saúde, a taxa de crescimento e a formação de hábitos alimentares; na adolescência, a obesidade, a falta de atividade física e o tabagismo; na vida adulta, os fatores de risco comportamentais (tabagismo, falta de atividade física, dieta inadequada) e biológicos (estado de saúde) estabelecidos na fase adulta (WHO, 2005).

Os fatores que estão relacionados ao aumento das DCNT de uma forma geral são: estilo de vida (principalmente o urbano, que interfere nas práticas alimentares, no nível de atividade física diário, no lazer, no estado de estresse do indivíduo); aspectos sócio-econômicos (que influenciam também nas escolhas alimentares, no acesso aos serviços básicos como educação e saúde), acesso aos serviços de saúde (propiciando melhores condições de saúde, através da prevenção, do diagnóstico precoce, da promoção da saúde), educação (empoderando o usuário permitindo que ele tenha condições de fazer escolhas mais saudáveis); influência da mídia (estimulando escolhas não saudáveis, como álcool, fast-foods), dentre outros.

O rápido crescimento das doenças crônicas associadas à inatividade física vem sendo registrado tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. (...) A prática de atividade física regular é um dos principais componentes na prevenção do crescimento da carga global de doenças crônicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II. Atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão (INCA, 2004).

A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, do idoso e da família (MS, 2006).

Em 1995, foi criado o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), por iniciativa e sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da Prefeitura Municipal de Vitória, em resposta à demanda por atendimento à população idosa, resultante do processo de envelhecimento acelerado da população, com maior ênfase nos centros urbanos. Atua na preparação do sistema de saúde pública para um atendimento especializado de nível secundário (Fujiwara; Alessio; Santos, 1998).

Com o objetivo de complementar as atividades do CRAI, como proposta de intervenção, propõe-se a implantação de um projeto-piloto de atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família – ESF, no município de Vitória. A proposta busca atuar primordialmente na prevenção e promoção da saúde dessa população, uma vez que o município carece de equipes com essa finalidade. Visto que a atenção básica deve ser a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MS, 2006). O projeto piloto deve ser instalado em um território onde esteja cadastrado o maior número de idosos na ESF.

Para alcance dos objetivos, serão desenvolvidas ações de controle da hipertensão arterial, avaliação da capacidade funcional dos idosos, educação nutricional, oficinas, capacitações sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde, bem como a promoção da participação dos idosos no controle social.

## 2) Objetivos geral e específico

### 2.1) Objetivo geral

Contribuir com o envelhecimento saudável e com a melhoria da qualidade de vida do idoso por meio da implantação de um projeto piloto de atenção à saúde na Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória-ES.

### 2.2) Objetivos específicos

- Ampliar o conhecimento tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários no que diz respeito aos aspectos do envelhecimento, promoção da alimentação saudável, prática de atividade física e adoção de hábitos de vida saudáveis na população idosa.
- Estimular o auto-cuidado e reforçar a auto-estima dos idosos visando principalmente a sua independência e qualidade de vida.
- Possibilitar a inserção social do idoso e participação no controle social.

### 3) Justificativa social e técnico-institucional

A proposta de implantação de um projeto piloto de atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória surge em resposta a uma demanda crescente de idosos nos serviços de saúde acometidos por doenças crônicas não transmissíveis. Observa-se que as unidades de saúde, em sua maioria, não estão preparadas para atender os idosos segundo as suas necessidades, assim como, devem ser ampliados os esforços para prevenção de doenças e promoção da saúde, evitando uma expansão ainda maior das doenças crônicas não transmissíveis.

Com a implantação deste projeto os idosos serão atendidos de forma integral e específica, respeitando-se os direitos, as preferências, as necessidades e habilidades, contribuindo assim, para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. Para essa população, ficaria garantido não só o atendimento especializado no CRAI, já existente, mas também a atenção básica de saúde.

Ressalta-se ainda, que a emergente questão do idoso no Brasil precisa ser estudada com muita atenção, pois em 2025 seremos um país tipicamente idoso. Teremos que desenvolver tecnologia para atender a demanda gerada pelo envelhecimento da população (Fujiwara; Alessio; Santos, 1998).

A assistência a doenças crônicas leva a uma melhor qualidade de vida; no entanto, é sempre preferível preveni-las ou retardá-las ao máximo possível. As doenças não transmissíveis, enfermidades típicas da 3ª idade, são caras para os indivíduos, as famílias e o Estado. Não prevenir ou controlar as DCNT de forma apropriada irá resultar em enormes custos humanos



e sociais, que irão absorver uma quantidade desproporcional de recursos que poderiam ter sido destinados a problemas de saúde de outras faixas etárias (WHO, 2005).

## DESENVOLVIMENTO

### 4) Referencial teórico

O envelhecimento populacional tem sido a mudança demográfica mais marcante observada na maioria dos países do mundo, ocorrendo de forma mais acentuada em países em desenvolvimento (Firmo; Uchoa; Costa, 2004). O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente (Pereira et al, 2006). O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes no mundo (MS, 2006).

Dados do Brasil revelam que em 2006, o Brasil apresentava 40,9% de idosos com sobrepeso segundo o IMC, de um total de 41.754 idosos; na região sudeste e no ES, essa situação se repete com 43,57% e 41,52% de idosos sobrepesos respectivamente (DATASUS, 2008).

Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulando seqüelas das doenças crônico-degenerativas, desenvolvendo incapacidades e perdendo autonomia, bem como qualidade de vida. (...) Em termos de utilização dos serviços de saúde, o aumento dos

idosos na população implica no maior número de problemas de longa duração que, freqüentemente, exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado (Lyra Júnior et al, 2006).

Elevadas prevalências de morbi-mortalidade por doenças do aparelho circulatório, dentre outras doenças crônicas não transmissíveis, representam um gasto de aproximadamente R\$ 7,5 bilhões por ano segundo estimativas de gastos do SUS com Doenças Crônicas não Transmissíveis em 2002. Estimativas mundiais revelam que países como a China, a Índia e a Federação Russa podem vir a perder entre 200 e 550 bilhões de dólares em renda nacional nos próximos 10 anos como resultado das doenças do coração, derrames e diabetes (OMS, 2005).

O quadro de elevada prevalência de doenças crônicas em idosos é uma realidade mundial que tende a se agravar, visto que a população está aumentando a expectativa de vida e os serviços de saúde não estão estruturados para atendê-los.

Um estudo de Costa et al, 2003 revelou que cerca de 70% dos idosos de um total de 29.976 participantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD de 1998 com idade igual e superior a 60 anos de idade, relataram ter pelo menos uma condição crônica e a proporção daqueles com problemas de saúde aumentou com a idade em ambos os sexos.

Estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (MS, 2006). A tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. E, o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional do idoso (Alves et al, 2007).

A Organização Mundial da Saúde define as bases para um envelhecimento saudável, destacando a equidade no acesso aos cuidados de saúde e o desenvolvimento continuado de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (Veras, 2007).

A doença crônica pode representar uma ameaça aos projetos de vida dessas pessoas, principalmente quando se trata de pessoas idosas. As pessoas com esse tipo de doença são forçadas a manter controle rigoroso no seu estilo de vida, além da vigilância constante sobre os sinais e sintomas que, se não controlados, podem levar a situações graves e até à morte. (...) Necessitam de apoio que vai além das intervenções tradicionais, (...) e, geralmente, encontram dificuldades em enfrentar os sintomas da cronicidade, somados às demais perdas inerentes à velhice (Trentini et al, 2005). Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande (Rosa et al, 2003).

Segundo *Alves et. al, 2007* um idoso que apresente várias afecções crônicas, a incapacidade de realização de muitas ou de todas as atividades pode dever-se ao efeito de uma única condição de morbidade ou ao efeito independente de várias condições, cada uma delas afetando somente determinadas atividades. Sugere que a prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar as atividades e, conseqüentemente, promover o bem-estar desta população.

Uchôa et. al, demonstraram que os idosos mais pobres apresentavam pior qualidade de vida relacionada à saúde, porém não foram observadas associações entre nível sócio-econômico e doenças e condições crônicas específicas. Entretanto, neste estudo, foi observado o fato de

que os idosos mais pobres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mesmo quando a cobertura desses serviços é adequada (Lima et al, 2003).

Em contrapartida, existe uma clara tendência mundial de ocupação dos serviços de saúde pública pelos idosos. A criação de serviços especializados, onde o atendimento do idoso é realizado de forma diferenciada, torna-se fundamental. O atendimento deve agir preventivamente (Fujiwara; Alessio; Santos, 1998).

Estudos demonstraram que o índice de mortalidade por AVC diminuiu significativamente a partir de 1972, tendo em vista a ênfase dada aos esforços na prevenção e controle dos fatores de risco, especialmente na hipertensão arterial (Nunes).

Dados de morbidade da população do ES, demonstram que em 2007, 10.335 idosos foram internados devido a doenças do aparelho circulatório, representando 26,61% de um total de 38.836 internações de idosos, sendo a maior causa de internação hospitalar nessa faixa etária, conforme quadro 1. Observa-se ainda que a segunda causa de internação no ES corresponde às doenças do aparelho respiratório, com 14,37%. Grupos vulneráveis como crianças e idosos são mais susceptíveis a doenças do aparelho respiratório, devendo ser reduzida a exposição à poluição durante a vida (WHO, 2005).

Quadro 1. Distribuição Percentual das Internações dos Idosos por Grupo de Causas e Faixa Etária – CID10. Espírito Santo, Brasil. 2007	
Capítulo CID 10	60 anos e mais (%)
IX. Doenças do aparelho circulatório	26,61
X. Doenças do aparelho respiratório	14,37
XI. Doenças do aparelho digestivo	10,77
II. Neoplasias (tumores)	8,65
XIX. Lesões envenenamento e algumas outras conseqüências por causas externas	6,42
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5,9
VII. Doenças do olho e anexos	5,71
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,59
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,08
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido Conjuntivo	3,06
VI. Doenças do sistema nervoso	2,29
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,85
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos Imunitários	0,97
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	0,95
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,92
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,51
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	0,25
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,02
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,01
Total	100,00

Fonte: SIH/SVS/MS, em 5 de maio de 2008.

Quanto à mortalidade proporcional por grupo de causas, no ES, 45% morreram de doenças do aparelho circulatório em 2005, sendo a maior causa de morte nesta faixa etária. (Quadro 2).

Quadro 2. Mortalidade Proporcional (%) dos Idosos Segundo Grupo de Causas - CID10. Espírito Santo, Brasil. 2005	
Grupo de Causas	60 anos e mais %
IX. Doenças do aparelho circulatório	45,05
Demais causas definidas	18,94
II. Neoplasias (tumores)	17,46
X. Doenças do aparelho respiratório	12,21
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4,11
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,24
Total	100

Fonte: SIM/SVS/MS, em 5 de maio de 2008.

As investigações vêm mostrando formas de melhorar a qualidade de vida daqueles que estão no processo de envelhecer, e uma das formas de se obter essa melhoria é o desenvolvimento de programas de saúde. Segundo a OMS, esses programas, que têm como base a comunidade e que implicam promoção da saúde do idoso, devem ter a nutrição como uma das áreas prioritárias (Cervato et al, 2005).

No processo de envelhecimento a importância da alimentação é comprovada por estudos epidemiológicos, clínicos e de intervenção, entre outros, que têm demonstrado ligação consistente entre o tipo de dieta e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças cardíacas coronarianas, doenças cérebro-vasculares, vários tipos de cânceres, diabetes mellitus, cálculos biliares, cáries dentárias, distúrbios gastrointestinais e várias doenças ósseas e de articulações (Cervato et al, 2005).

A educação nutricional tem sido destaque de distintos trabalhos epidemiológicos em especial aqueles nos quais os resultados apontam para a correlação entre comportamento alimentar e doenças (Cervato et al, 2005). Adicionalmente, o condicionamento físico obtido através do exercício, reduz a mortalidade e a morbidade, mesmo em indivíduos que se mantêm obesos (INCA, 2004). Toda e qualquer intervenção nutricional educativa terá maiores chances de sucesso, se estiver incluída em programas habituais que promovam pequenas e confortáveis, mas importantes mudanças, por um longo período de tempo (Cervato et al, 2005).

Entretanto, as doenças crônicas demoram muito para serem diagnosticadas, o que aumenta o risco de agravamento das mesmas, podendo levar a incapacidades. Desta forma, devem ser diagnosticadas o mais precocemente possível. Segundo estudos de base populacional realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento mostram que cerca de 1/4 a 1/3

dos hipertensos não sabiam de sua condição. Os fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso chamam a atenção para a importância do acesso dos idosos aos serviços de saúde para que a sua condição de hipertenso possa ser diagnosticada e tratada e da informação prestada por este serviço ao idoso para que este, sabendo ser hipertenso, possa aderir satisfatoriamente ao tratamento (Firmo; Uchoa; Costa, 2004).

De modo geral, a redução de diversas doenças crônicas pode estar relacionada a intervenções de controle sobre a pressão arterial, tanto no nível preventivo (consumo de sal e álcool em excesso) quanto em ações curativas advindas da atenção primária (Nunes). Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares (MS, 2006).

Dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA/DATASUS/MS, 2008, demonstram que no ES, em 2007, foram acompanhados no sistema 9.812 idosos com hipertensão arterial, 1.778 dos quais com diabetes mellitus tipo 2, e 2.097 com hipertensão e diabetes associadas. Dentre os idosos hipertensos (9.812), 736 apresentaram acidente vascular cerebral (AVC). Desses, 474 eram sedentários. Não foram encontrados registros no sistema para o município de Vitória, o que pode indicar que os dados do Estado encontram-se subestimados, não revelando o real quadro epidemiológico, visto que em 2007 no Estado existiam 281.689 idosos segundo as projeções intercensitárias. Desta forma, caso esses dados representassem a prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 do Estado, em 2007, esses valores seriam de apenas 3,48% para hipertensão e de 0,63% para diabetes, ou seja, muito menores do que a realidade da capital e até mesmo do Brasil. Ressalta-se que o sistema HIPERDIA apresenta baixa cobertura populacional não



representando a realidade do número de hipertensos e de diabéticos, devendo portanto, ter cautela ao considerar as informações apresentadas.

Segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (MS, 2003), as medidas para prevenção e controle das DCNT devem ser voltadas à promoção da saúde e ao controle dos desvios alimentares e nutricionais, por se constituírem em condutas mais eficazes.

A detecção e o controle dos fatores de risco são tarefas prioritárias, pois permitem redução significativa da incidência e recidiva do AVC, cuja taxa de mortalidade varia de 14,0% a 26,0%, por intermédio de mudanças de hábitos de vida, terapêutica medicamentosa, neuro-radiologia intervencionista ou cirurgia (Pires; Gagliardi; Gorzoni, 2004). Segundo Chor, 1999, conceitos sociais de normalidade influenciam escolhas destes comportamentos, que são aparentemente individuais.

Portador de múltiplos transtornos, o idoso requer cuidados contínuos e freqüentes dos serviços de saúde, o que pode ser facilitado pelas ações em grupos, privilegiando a ação educativa. Encontra-se, hoje, a população em franco processo de envelhecimento e ainda prescindir-se de conhecimentos e estrutura necessários ao cuidado desse envelhecer (Garcia et al, 2006). Para o tratamento do idoso hipertenso, além da estratificação de risco, é fundamental a avaliação de comorbidades e do uso de medicamentos (MS, 2006).

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de

descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença (Silva et al, 2006).

O novo modelo de saúde para as condições crônicas compreende uma estrutura que deve incluir uma parceria harmoniosa entre pacientes e familiares, equipes de assistência à saúde e instituições de apoio da comunidade; quando há perfeita integração dessa tríade, os pacientes participam ativamente no tratamento e prevenção das condições crônicas e seus sintomas (Trentini et al, 2005).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (MS, 2006).

Levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas -individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção (MS, 2006).

Um modelo presente nas regiões do Brasil, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (DAB, 2008). Outro modelo que surgiu para complementar a estratégia de saúde da família foi o NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família – criado em 24 de janeiro de 2008 pelo Ministério da Saúde com objetivo de: ampliar a abrangência e o escopo das ações

da atenção básica, bem como sua resolubilidade; atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, através da inserção de outros profissionais não contemplados na ESF (MS, 2008).

Segundo a publicação da OMS “Towards age-friendly primary health care”, 2004, centros de cuidados primários especializados na população idosa, são fundamentais para que relações de longo prazo sejam desenvolvidas com os idosos e com suas famílias. Através de um contato prolongado os profissionais podem ganhar a confiança dos usuários e atuar na prevenção primária, intervindo antes da ocorrência dos problemas de saúde, através do gerenciamento dos fatores de risco.

Como afirmam Uchôa & Vidal, o importante é integrar os recursos disponíveis (individuais e coletivos) em um processo no qual haja compensação pela incapacidade, redefinição de prioridades e adaptação à situação, permitindo aos idosos continuar, mesmo quando têm graves problemas de saúde (Bezerra; Santo; Filho, 2005).

Segundo a publicação do World Health Organization: “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”, as pessoas mais velhas e seus cuidadores precisam estar envolvidos ativamente no planejamento, na implementação e avaliação de políticas, programas e atividades para o desenvolvimento do conhecimento relacionado ao envelhecimento ativo (WHO, 2005). Essa orientação, está na diretriz II da Política Nacional do Idoso, com ênfase nas ações para garantir a participação do idoso no controle social, acompanhando e verificando as ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, os processos e os resultados.

## 5) Metodologia

O projeto piloto de atenção à saúde do idoso na ESF surgiu com o intuito de complementar o serviço oferecido pelo Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI) existente no município de Vitória – ES. O CRAI tem como objetivos proporcionar à população idosa assistência especializada, a partir de uma equipe multiprofissional; prestar atendimento na área de medicina física e reabilitação; despertar os profissionais de saúde para a importância da geriatria preventiva; capacitar as equipes das Unidades de Saúde do Município e do SUS para prestarem um atendimento adequado ao idoso; prestar assistência domiciliar ao idoso inválido ou com alto grau de dependência, oferecendo apoio e orientação aos familiares, com o objetivo de reduzir internações hospitalares e institucionalizadas; dentre outros objetivos.

Atualmente, as atividades do CRAI estão inseridas no nível secundário de atenção à saúde do idoso, oferecendo atendimento por equipe multi e interdisciplinar em âmbito individual e coletivo, numa perspectiva de assistência integral à saúde.

Estão cadastrados no serviço cerca de 2.780 idosos com idade a partir de 60 anos, que apresentam agravos de saúde como Acidente Vascular Cerebral, Doença de Parkinson, doenças osteo-articulares graves, demência de diferentes etiologias e quadros depressivos. A média de atendimento é de 50 idosos/dia. O CRAI desenvolve atividades de treinamento e capacitação de profissionais da atenção básica e pesquisas específicas na área de geriatria e gerontologia.

No que tange a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o município de Vitória – ES, atualmente, possui na sua rede física duas unidades de saúde da família e 12 unidades

convencionais, sendo que em três delas o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) já foi implantado. Nos postos onde o programa está em atividade, trabalham 39 equipes de ESF e 295 agentes comunitários, totalizando, até abril de 2008, 60,67% de cobertura populacional (cerca de 180 mil moradores).

A equipe de ESF do município, que desenvolverá o projeto-piloto, será escolhida segundo os seguintes critérios: maior número de idosos cadastrados e acompanhados regularmente; espaço físico de fácil acesso e em condições boas e adequadas de iluminação e pisos, sala de espera ampla, limpa e confortável; adesão dos profissionais que trabalham nas unidades e recursos humanos disponíveis.

No projeto piloto serão desenvolvidas as seguintes ações segundo os objetivos propostos:

1. Ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde e dos usuários:

- capacitação aos profissionais de saúde sobre aspectos sociais, biomédicos e culturais do envelhecimento; promoção da alimentação saudável; prática de atividades físicas; e adoção de hábitos de vida saudáveis.
- Sensibilização dos idosos sobre educação nutricional e adoção de hábitos de vida saudáveis.

2. Estimular o auto-cuidado e reforçar a auto-estima dos idosos visando principalmente a sua independência e qualidade de vida.

- Formação de grupos para desenvolvimento de atividades do dia a dia, de maior interesse e afinidade entre os idosos, identificadas através de um diagnóstico prévio (pesquisa de opinião)

- Avaliação clínica-funcional dos idosos, com ênfase (?) no controle da hipertensão arterial

### 3. Possibilitar a inserção social do idoso e participação no controle social.

- Participação em associações, grupos e conselhos;
- troca de experiências, formação de amizades e criação de vínculos afetivos;
- realizar diagnóstico das áreas temáticas de interesse dos idosos, atividades sociais desenvolvidas no território selecionado e os possíveis aspectos motivadores dos idosos;
- discussão da temática referente à participação dos idosos no controle social.

## 5.1 Plano de ação

Objetivo Específico	Tipo e descrição da ação	Objetivo da ação	Estratégias (métodos)	Instrumentos
a) Ampliar o conhecimento tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários no que diz respeito aos aspectos do envelhecimento, promoção da alimentação saudável, prática de atividade física, e adoção de hábitos de vida saudáveis.	1) Apresentação do projeto piloto ao gestor de saúde do município e aos profissionais de saúde envolvidos na implantação	1) Garantir a adesão do gestor e dos profissionais de saúde da família	1.1) Reunião com o gestor de saúde do município 1.2) Reunião com a ESF	
	2) Capacitação sobre envelhecimento aos profissionais de saúde: aspectos sociais, biomédicos, culturais.	2) Refletir o processo de envelhecimento na sociedade atual e a construção de respostas dos serviços de saúde	2.1) Curso de atualização (20h); 2.2) Parceria com o CRAI	2.1) Material didático; 2.2) Espaço físico adequado;
	3) Realizar educação nutricional	3) Promover a alimentação saudável.	3.1) Oficinas de aproveitamento integral dos alimentos a partir das vivências e práticas dos idosos; 3.2) Oficinas para elaboração de material informativo com a participação dos profissionais de saúde e dos idosos; 3.3) Visitas orientadas a supermercados, feiras livres, restaurantes.	3.1) alimentos para realização das oficinas; espaço físico com equipamentos e utensílios adequados e necessários; 3.2) material de expediente (papel, caneta, lápis, cola, etc.); revistas, cartazes; 3.3) ônibus para transporte dos usuários e profissionais de saúde
	4) Avaliação da capacidade funcional dos idosos e controle da hipertensão arterial dos idosos	4) Reduzir limitações funcionais e incapacidades nos idosos provocadas pelo não monitoramento da pressão arterial.	4) Reuniões com foco nos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, com troca de experiências entre os idosos e os profissionais de saúde e, aferição da pressão arterial.	4) Espaço físico adequado; material didático informativo; aparelho para medição da pressão arterial;
	5) Estimular à adoção de hábitos de vida saudáveis.	5) Promover a adoção de hábitos de vida saudáveis.	5) Formação de grupos para realização de atividades físicas regulares em praças, praias e calçôes em parcerias com universidades.	5) Espaço físico adequado

Objetivo Específico	Duração / Periodicidade	Atores envolvidos e responsáveis	Metas	Recursos
<p>a) Ampliar o conhecimento tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários no que diz respeito aos aspectos do envelhecimento, promoção da alimentação saudável, prática de atividade física e adoção de hábitos de vida saudáveis.</p>	<p>1) O processo de apresentação deverá ter uma duração de até 3 meses. As apresentações deverão ser de aproximadamente 1 hora.</p>	<p>Gestores; profissionais de saúde; idosos.</p>	<p>projeto piloto apresentado ao gestor de saúde do município e aos profissionais da ESF envolvidos na implantação no prazo máximo de 3 meses.</p>	<p>Recursos humanos</p>
	<p>2) O curso terá duração de 20 h. Deverá ser repetido até que todos os profissionais da equipe escolhida estejam capacitados.</p>	<p>CRAI; Profissionais de saúde.</p>	<p>100 % dos profissionais de saúde da ESF escolhida capacitada.</p>	<p>Recursos humanos</p>
	<p>3.1) Duração entre 1 e 2 horas com periodicidade mensal;</p>	<p>Idosos; profissionais de saúde; Estabelecimentos comerciais da área da alimentação;</p>	<p>3.1) 1 oficina por mês</p>	<p>Recursos humanos, físicos e financeiros;</p>
	<p>3.2) Duração entre 1 e 2 horas com periodicidade mensal;</p>	<p>Idosos; profissionais de saúde;</p>	<p>3.2) 1 oficina por mês</p>	<p>Recursos humanos</p>
	<p>3.3) Duração de 2 horas com periodicidade bimensal;</p>	<p>Idosos; profissionais de saúde; Estabelecimentos comerciais da área da alimentação;</p>	<p>3.3) 1 visita a cada 2 meses</p>	<p>Recursos humanos</p>
<p>4) Duração de 1 hora com periodicidade mensal;</p>	<p>Idosos; profissionais de saúde;</p>	<p>4) 1 reunião por mês</p>	<p>Recursos humanos</p>	
<p>5) Duração de 1 hora com periodicidade bissemanal.</p>	<p>Idosos; profissionais de saúde; Universidades;</p>	<p>5) 2 atividades por semana</p>	<p>Recursos humanos</p>	



Objetivo Específico	Tipo e descrição da ação	Objetivo da ação	Estratégias (métodos)	Instrumentos
b) Estimular o auto-cuidado e reforçar a auto-estima dos idosos visando principalmente a sua independência e qualidade de vida.	1) Criação de grupos para desenvolvimento de atividades que estimulem o auto-cuidado e reforcem a auto-estima dos idosos.	1) Propiciar a independência e a qualidade de vida dos idosos.	1.1) Avaliação clínica-funcional individual dos idosos; 1.2) Pesquisa de opinião entre os idosos para identificação de áreas e/ou atividades de maior interesse e possível adesão; 1.3) Oficinas de diagnóstico das limitações e dificuldades enfrentadas pelos idosos em tarefas e atividades do dia-a-dia	1.1) Espaço físico adequado; impressos; 1.2) Questionário 1.3) Espaço físico adequado;
Objetivo Específico	Duração / Periodicidade	Atores envolvidos e responsáveis	Metas	Recursos
b) Estimular o auto-cuidado e reforçar a auto-estima dos idosos visando principalmente a sua independência e qualidade de vida.	1.1) A duração da avaliação é variável. Dependerá da situação clínica - funcional de cada idoso; Deverá ser realizada no início da implantação dos grupos. 1.2) Duração indefinida; a pesquisa deverá ser realizada no início da implantação dos grupos.	Idosos; Profissionais de saúde (médico, fisioterapeuta); Profissionais de saúde; Idosos;	1) 1 grupo, como mínimo, formado por semestre	Recursos humanos Recursos humanos
	1.3) Duração indefinida; a pesquisa deverá ser realizada no início da implantação dos grupos.	Idosos; profissionais de saúde;		Recursos humanos

Objetivo Específico	Tipo e descrição da ação	Objetivo da ação	Estratégias (métodos)	Instrumentos
c) Possibilitar a inserção social do idoso e a participação no controle social.	1) Diagnosticar áreas temáticas de interesse dos idosos, atividades sociais desenvolvidas no território selecionado e os possíveis aspectos motivadores dos idosos.	1) Conhecer o território escolhido e identificar áreas de interesse dos idosos quanto às atividades relacionadas ao controle social.	1.1) Pesquisa de opinião entre os idosos; 1.2) Pesquisa de campo para mapeamento do território selecionado;	1.1) Questionário; 1.2) Território selecionado;
	2) Discutir a temática referente a participação dos idosos no controle social.	2) Sociabilizar entre os idosos a temática referente ao controle social.	2.1) Criar grupos de discussão com participação dos idosos, profissionais de saúde e convidados de áreas afins ao controle social; 2.2) Pesquisa de opinião entre os idosos para identificação de áreas de interesse.	2.1) Espaço físico adequado; 2.2) Questionário.
Objetivo Específico	Duração / Periodicidade	Atores envolvidos e responsáveis	Metas	Recursos
c) Possibilitar a inserção social do idoso e participação no controle social.	1.1) A duração da avaliação é variável. Deverá ser realizada no início do diagnóstico.	Idosos; Profissionais de saúde;	1) pesquisa de opinião entre idosos realizada 2) diagnóstico do território realizado.	Recursos humanos
	1.2) A duração da avaliação é variável. Deverá ser realizada no início do diagnóstico.	Profissionais de saúde;		Recursos humanos
	2.1) A duração da avaliação é variável. Deverá ser realizada no início do diagnóstico.	Idosos; Profissionais de saúde; Profissionais convidados de áreas afins.	2.1) 1 grupo de discussão por semestre.	Recursos humanos
	2.2) A duração da avaliação é variável. Deverá ser realizada no início do diagnóstico.	Profissionais de saúde; idosos.	2.2) 1 pesquisa de opinião entre idosos por ano.	Recursos humanos

## CONCLUSÃO

### 6) Análise de viabilidade

A execução do projeto de intervenção Atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família será responsabilidade dos profissionais que são parte da equipe de saúde da família, com exceção dos profissionais de nutrição, fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional. Existe a possibilidade da implantação do Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família – NASF, que permitirá a inserção de profissionais de saúde não contemplados na equipe de saúde da família. Ainda, poderão ser firmadas parcerias com serviços existentes, como o CRAI, e Universidades.

A elaboração do projeto surgiu a partir de uma demanda Estadual, não tendo sido apresentada uma proposta preliminar do projeto piloto aos gestores do município em questão.

Quanto aos demais recursos, financeiros e físicos, o projeto poderá utilizar o recursos disponibilizados à ESF, visto que o projeto será implantado dentro da mesma e que o volume de recursos a serem utilizados não deve representar prejuízos. Deve implementar-se parcerias com estabelecimentos comerciais para obtenção, por exemplo, de alimentos para a realização das oficinas de aproveitamento integral dos alimentos.

Quanto aos elementos favoráveis, há a necessidade de organização dos serviços de saúde para o atendimento ao idoso, visto as mudanças no perfil demográfico e perfil epidemiológico do país. Ressalta-se também que o projeto em questão poderá contribuir para a redução das doenças crônicas não transmissíveis na população de idosos, por meio do controle dos fatores

de risco, reduzindo também os gastos com internações e cirurgias demandadas pelas DCNT'S.

Para implantação do projeto piloto alguns obstáculos poderão ser encontrados, como por exemplo, a resistência entre os profissionais de saúde, dificultando a adesão, visto que, em princípio, aumentará a carga de trabalho. Entretanto, as atividades propostas deverão ser adaptadas às atividades já desenvolvidas pela equipe.

## 7) Cronograma

Objetivos Específicos	Atividades	Mês																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
<p>a) Ampliar o conhecimento tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários no que diz respeito aos aspectos do envelhecimento, promoção da alimentação saudável, prática de atividade física, adoção de hábitos de vida saudáveis.</p> <p>b) Estimular o auto-cuidado e reforçar a auto-estima dos idosos visando principalmente sua independência e qualidade de vida.</p> <p>c) Possibilitar a inserção social do idoso e participação no controle social, além da formação de amizades e criação vínculos afetivos.</p>	Apresentação do Projeto Piloto ao gestor da saúde e aos profissionais de saúde envolvidos.	X	X																	
	Capacitação sobre envelhecimento aos profissionais de saúde: aspectos sociais, biomédicos, culturais.				X	X														
	Oficinas de aproveitamento integral dos alimentos;						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Oficinas para elaboração de material informativo com a participação dos profissionais de saúde e dos idosos;						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Visitas orientadas a supermercados, feiras livres, restaurantes.						X				X				X				X	
	Reuniões sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, com troca de experiências entre os idosos e os profissionais de saúde e, aferição da hipertensão arterial.										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Formação de grupos para realização de atividade física regular em praças, praias e calçadas em parcerias com universidades.										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Avaliação clínica-funcional individual dos idosos;										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Pesquisa de opinião entre os idosos para identificação de áreas e/ou atividades de maior interesse e possível adesão;										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Oficinas de diagnóstico para identificação das limitações e dificuldades enfrentadas pelos idosos em tarefas e atividades do dia-a-dia										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pesquisa de opinião entre os idosos;														X	X	X	X	X	X	
Pesquisa de campo para mapeamento do território selecionado;														X	X	X	X	X	X	
Criar grupos de discussão com participação dos idosos, profissionais de saúde e convidados de áreas afins ao controle social;																X	X	X	X	
Pesquisa de opinião entre os idosos para identificação de áreas de interesse.														X	X	X	X	X	X	

## 8) Referências

- 1- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2006.
- 2- Instituto Nacional do Câncer. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Rio de Janeiro, 2004.
- 3- Costa, A M, Duarte, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico. Rev. Bras. Ciên. e Mov. 10 (1): 47-54, 2002.
- 4- Departamento de Informática do SUS.[Internet] (acessado em 05/ Mai /2008). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- 5- World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,, 2005.
- 6- Firmo, J O A, Uchôa, E, Costa, M F L. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertensos entre idosos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):512-521, mar- abr, 2004.
- 7- Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica :Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.
- 8- Fujiwara, L M, Alessio, N L N, Santos, M F. Experiências de Gestão Pública e Cidadania: Centro de Referência e Atendimento ao Idoso. Farah (orgs.) / São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania 1998.

- 9- Pereira, R J et al. *Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos*. Rev Psiquiatr RS jan/abr 2006;28(1):27-38
- 10- Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus. Brasília, 2006.
- 11- Lyra Júnior, D P et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev Latino-Am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):435-41.
- 12- Organização Mundial de Saúde. Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. Brasília, 2005.
- 13- Costa, M F L, Barreto, S M, Giatti, I. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):735-743, mai-jun, 2003.
- 14- Alves, L C et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007.
- 15- Veras, R. Fórum: Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2463-2466, out, 2007.
- 16- Trentini, M et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem 2005 janeiro-fevereiro; 13(1):38-45. <http://www.eerp.usp.br/rlae>. (acessado em 2 de Mai 2008).
- 17- Rosa, T E C et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública 2003;37(1):40-8.
- 18- Lima, M F C et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios . Cad. Saúde Pública . 2003

- June [cited 2008 Apr 15]; 19(3): 745-757.  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300007&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2003000300007
- 19- Nunes, A. Aspectos sobre a morbidade dos idosos no Brasil. Como vai? População Brasileira. Ipea (Brasília). Ano Iv Numero 2 pg 24 a 36.
- 20- Cervato, A M et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. Rev. Nutr., Campinas, 18(1):41-52, jan./fev., 2005.
- 21- Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2006.
- 22- Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. 2. ed. rev. – Brasília, 2003.
- 23- Pires, S L, Gagliardi, R J, Gorzoni, M L. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. Arq Neuropsiquiatr 2004;62(3-B):844-851.
- 24- Chor, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):423-425, abr-jun, 1999.
- 25- Garcia, M A A et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. Rev Latino-Am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):175-82.
- 26- Silva, T R et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde e Sociedade v.15, n.3, p.180-189, set-dez 2006.
- 27- Departamento de Atenção Básica. [Internet] (acessado em 03/ Ago/2008) Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.



- 28- Portaria nº 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde 2008; jan. 24.
- 29- World Health Organization. Towards age-friendly primary health care. Geneva, Suíça, 2004.
- 30- Bezerra, A F B, Santo, A C G E, Filho, M B. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. Ver. Saúde pública 2005, 39(5): 809-15.