

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

**MARIA VÂNIA FRANCISCA DA PAZ**

**IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES INTEGRADAS DE ALIMENTAÇÃO E**  
**NUTRIÇÃO PARA A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA DE**  
**SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI**

**Brasília**

**2008**

**MARIA VÂNIA FRANCISCA DA PAZ**

**IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES INTEGRADAS DE ALIMENTAÇÃO E  
NUTRIÇÃO PARA A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI**

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.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Elyne Mont. Engstrom. Doutora.

**Brasília**

**2008**

### Ficha catalográfica

P348i Paz, Maria Vânia Francisca da.  
Implementação de ações integradas de alimentação e nutrição para a pessoa idosa na atenção básica de saúde no município de Teresina-PI / Maria Vânia Francisca da Paz; Orientador: Elyne Engstrom – Brasília, 2008.  
38 f. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)—Fundação Oswaldo Cruz, Diretoria Regional de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.

1. Assistência Alimentar. 2. Idoso. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Engstrom, Elyne. II. Título.

CDD: 612.39

**MARIA VÂNIA FRANCISCA DA PAZ**

**IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES INTEGRADAS DE ALIMENTAÇÃO E  
NUTRIÇÃO PARA A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI**

Esta Monografia foi julgada e aprovada para obtenção do grau de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília

Brasília, 22 de julho de 2008

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Elyne Engstrom, Dra.  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
Fundação Oswaldo Cruz – RJ  
Orientadora

---

Profª. Silvana Granado, Dra.  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - RJ

---

Profª. Érica Ell, Dra.  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - BRASÍLIA

À minha família (pais, irmãos, filhas, esposo), que sempre aplaudiram minhas vitórias, celebrando comigo minhas conquistas.

À minha inesquecível irmã, Prof<sup>ª</sup> Vilma Paz (*in memoriam*), grande incentivadora e admiradora, cujos estímulos permanecerão na saudade, por toda a minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À Dr<sup>a</sup>. AMARILES DE SOUZA BORBA, Coordenadora de Ações Assistenciais da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, pelo apoio e incentivo, e a quem devo a possibilidade de realizar este Curso de Especialização.

À mestra, NORMA SUELI MARQUES DA COSTA ALBERTO, Coordenadora Estadual de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, por todas as sugestões e contribuições teóricas, por sua disponibilidade e apoio, fundamentais durante a elaboração deste projeto.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> ELYNE ENGSTROM, Coordenadora de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz-RJ, por todas as sugestões e colaborações metodológicas no delineamento deste projeto.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a construção deste projeto de intervenção.

*Quando guri, eu tinha de me calar à mesa: só as  
pessoas grandes falavam. Agora, depois de adulto, tenho de  
ficar calado para as crianças falarem.*

*Mario Quintana*

## RESUMO

PAZ, Maria Vânia Francisca da. **Implementação de ações de alimentação e nutrição para a pessoa idosa na atenção básica de saúde no município de Teresina-PI**. 39p. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

Trata-se de um projeto piloto de intervenção, do tipo organização de serviço, sob a ótica de redes de atenção e assistência à população idosa no município de Teresina-PI. A proposta pauta-se no princípio da integralidade da saúde, articulada à promoção da qualidade de vida da pessoa idosa. O objetivo é implementar a vigilância e a assistência nutricional junto à pessoa idosa, através da organização de serviços de referência na atenção básica de saúde do município, na perspectiva de prevenir e controlar agravos nutricionais que comprometem o envelhecimento. Para o alcance dos objetivos, serão implementadas as seguintes estratégias: organizar a integração entre a Estratégia de Saúde da Família-ESF e as equipes de Nutrição de referência na atenção básica de saúde do município; qualificar os profissionais envolvidos, acerca do processo de envelhecimento, integralidade e humanização no atendimento, diagnóstico e triagem da população idosa, por meio da vigilância alimentar e nutricional; reestruturar os consultórios de Nutrição; instituir um sistema de referência e contra-referência dos casos diagnosticados como agravo nutricional entre as ESF e as Unidades de Saúde de Referência em Nutrição; estabelecer protocolo de atendimento nutricional dessa clientela, com a implementação de ações de alimentação e nutrição para a população referenciada. As metas são: envolver três Unidades de Saúde e quinze equipes de Saúde da Família a elas adstritas, selecionadas a partir de critérios predefinidos; qualificar cento e oitenta e cinco profissionais; beneficiar cerca de dois mil idosos com agravos nutricionais instalados; contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde. Idoso. Serviço de Saúde para Idosos. Programa e Políticas de Nutrição e Alimentação. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

PAZ, Maria Vânia Francisca da. **Implementation of alimentation and nourishing integrate actions to the senior person in the basic health attention in city of Teresina, Piauí state.** 39p. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

It's a pilot project of intervention, organizational-type project, under the vision of attention and assistance panels to the senior population in Teresina City, Piauí State. The purpose points to the principle of health integrality, articulated to the promotion of life quality of the senior person. The objective is to implement the alertness and nourishing assistance to the senior person, through the organization of reference service in the basic health attention in the city, in the perspective of preventing and controlling nourishing torts which involve the aging. In order to achieve the objectives, the following strategies will be implemented: organize the integration among the Family Health Strategy-FHS and the reference groups of Nourishment to the basic health attention in the city; qualify the professionals involved to the aging process, integrality and humanization in the service, diagnosis and triage of the senior population, by means of an alimentation and nourishing alertness; restructure Nourishment offices; institute a reference and counter-reference system in the diagnosed cases as a nourishing tort between the FHS and the References of Nourishing Health Unities; establish a protocol of nourishing service from the clients, with the implementation of alimentation and nourishing actions to the referred population. The aims are: involve three Health Unities and 15 groups of Family Health linked to them, selected from pre-defined criteria; qualify 185 professionals; benefit approximately two thousand seniors with installed nourishing torts; contribute to a more active and healthy aging.

**Keywords:** Primary Attention to Health. Senior. Senior Health Service. Nourishment and Alimentation Policies Programs. Health Promotion.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|             |  |
|-------------|--|
| DANT        | – Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis  |
| DCNT        | – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  |
| ESF         | – Estratégia de Saúde da Família   |
| FMS         | – Fundação Municipal de Saúde  |
| IPEA        | – Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas  |
| IBGE        | – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  |
| MS          | – Ministério da Saúde  |
| NASF        | – Núcleos de Apoio à Saúde da Família  |
| NOAS        | – Normas Operacionais de Assistência à Saúde   |
| OMS         | – Organização Mundial de Saúde   |
| OPAS        | – Organização Pan-Americana de Saúde   |
| ONU         | – Organização das Nações Unidas  |
| PNAB        | – Política Nacional da Atenção Básica  |
| PNAD        | – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  |
| PNI         | – Política nacional do Idoso   |
| PNSI        | – Política Nacional de Saúde do Idoso  |
| PNPS        | – Política Nacional de promoção da Saúde   |
| PNSPI       | – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa   |
| PSF         | – Programa Saúde da Família  |
| SIAB        | – Sistema de Informação da Atenção Básica  |
| SIM         | – Sistema de Informação de Mortalidade   |
| SIH         | – Sistema de Informação Hospitalar   |
| SISHIPERDIA | – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento dos Portadores de Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus |
| SUS         | – Sistema Único de Saúde   |

## SUMÁRIO

|            |   |    |
|------------|---|----|
| <b>1</b>   | <b>SITUAÇÃO PROBLEMA</b> .....  | 10 |
| <b>2</b>   | <b>OBJETIVOS</b> .....  | 16 |
| <b>2.1</b> | <b>Geral</b> .....  | 16 |
| <b>2.2</b> | <b>Específicos</b> .....  | 16 |
| <b>3</b>   | <b>JUSTIFICATIVA TÉCNICO-CIENTÍFICA</b> .....   | 17 |
| <b>4</b>   | <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | 19 |
| <b>4.1</b> | <b>Marcos legais</b> .....  | 23 |
| <b>5</b>   | <b>METODOLOGIA</b> .....  | 25 |
| <b>5.1</b> | <b>Tipo do Estudo</b> .....   | 25 |
| <b>5.2</b> | <b>Cenário</b> .....  | 25 |
| <b>5.3</b> | <b>Sujeitos</b> .....   | 26 |
| <b>5.4</b> | <b>Etapas operacionais/Metas</b> .....  | 26 |
| <b>5.5</b> | <b>Resultados esperados</b> .....   | 30 |
| <b>6</b>   | <b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....  | 31 |
| <b>7</b>   | <b>ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO</b> .....  | 32 |
| <b>7.1</b> | <b>Recursos humanos</b> .....   | 32 |
| <b>7.2</b> | <b>Orçamento</b> .....  | 32 |
| <b>7.3</b> | <b>Fonte dos recursos financeiros</b> .....   | 33 |
| <b>7.4</b> | <b>Obstáculos prováveis</b> .....   | 33 |
| <b>7.5</b> | <b>Elementos favoráveis</b> .....   | 33 |
| <b>8</b>   | <b>CRONOGRAMA</b> .....   | 34 |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 34 |
|            | <b>APÊNDICES</b> .....  | 38 |
|            | APÊNDICE A – Formulário de Encaminhamento do Sistema de Referência e Contra-Referência das Equipes de Saúde da Família para as Unidades de Saúde de Referência em Nutrição..... | 38 |

## **1 SITUAÇÃO PROBLEMA**

O envelhecimento da população é, nos dias atuais, um proeminente fenômeno mundial, resultante do processo gradual de transição demográfica, que vem ocorrendo de forma distinta entre os diversos países do mundo (CAMARANO, 2004).

Independentemente de estar ocorrendo em países ricos ou naqueles tidos como pobre, pode-se observar que houve uma importante transformação do perfil das doenças na população, ao tempo em que um número maior de pessoas é acometido por doenças e agravos crônicos não transmissíveis - DANT. Essas condições crônicas tendem a manifestar-se de forma expressiva na idade mais avançada, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (LITVOC & BRITO, 2004).

A Organização Mundial de Saúde-OMS estima que, em 2020, três quartos de todas as mortes observadas nos países em desenvolvimento estarão relacionados ao processo de envelhecimento, tais como: câncer, doenças do aparelho circulatório e diabetes (LITVOC & BRITO, 2004). Projeta-se um incremento mundial da proporção de idosos (> 60 anos) de 10%, em 1998, para 15%, em 2025. Esse aumento será mais notável e mais rápido nos países em desenvolvimento, nos quais se prevê que a população idosa quadruplicar-se-á nos próximos 50 anos (BRASIL, 2007).

No Brasil, a estrutura etária da população vem sofrendo significativas transformações nas últimas décadas, e estas têm se expressado, dentre outras formas, no envelhecimento da população do País. Hodiernamente, no Brasil, a população idosa é o grupo que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento. Nas últimas seis décadas, o número de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes, de 1,7 milhões, em 1940, para 14,5 milhões em 2000. Além disso, a proporção da população “mais idosa”, ou seja, idade igual ou maior que 80 anos, também está aumentando, fato que altera a composição etária dentro do próprio grupo (CAMARANO, 2004).

Segundo as projeções estatísticas da OMS, o período de 1975 a 2025 será a era do envelhecimento. A população de idosos no País crescerá 16 vezes, colocando o Brasil em termos absolutos como a sexta população de idosos do mundo; ou seja, mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, e em termos relativos, por volta da metade deste século; esta população poderá corresponder a um quinto da população brasileira (BRASIL, 2006a).

No Piauí, a população total estimada é de aproximadamente de 3.065.459 habitantes. Deste total, 8,2% (cerca de 253.804) correspondem à população de idosos do Estado (IBGE, 2007).

Teresina é um importante pólo de saúde para a região Norte e parte do Nordeste. Além da crescente demanda interna por serviços da rede básica de saúde, a cidade apresenta significativa procura por serviços de média e alta complexidade, proveniente do interior do Estado e de outros circunvizinhos. Este fato respaldou a proposta de descentralização das ações de saúde desenvolvidas pela Fundação Municipal de Saúde e sua reestruturação organizacional, através da regionalização da gestão, com vistas a aproximar a administração da execução das ações. Esta estratégia visa garantir que o planejamento, o monitoramento, o apoio e a avaliação das ações de saúde sejam realizados mais próximos da realidade dos serviços e, por conseguinte, agilizar sua operacionalização. Como objetivos intrínsecos da regionalização estão: a sistematização do trabalho em equipe, a harmonização da estrutura e o acompanhamento das políticas de saúde, preconizadas pelo Ministério da Saúde e pelo próprio município.<sup>1</sup>

Nesse sentido, a partir de dezembro de 2000, o município foi dividido em três distritos sanitários, denominados de Coordenadoria Regional de Saúde-Sul; Coordenadoria Regional de Saúde-Centro/Norte e Coordenadoria Regional de Saúde-Leste/Sudeste. As unidades municipais de saúde, localizadas na zona urbana e rural, foram vinculadas a cada uma das três regionais de Saúde, observando-se o critério geográfico.

A Atenção Básica, caracterizada por desenvolver ações individuais e coletivas de promoção e proteção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Ressalte-se que a Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006c).

No município de Teresina, a principal porta de entrada para a Atenção Básica é a Estratégia de Saúde da Família-ESF, a qual é responsável pela assistência integral e contínua de todos os membros das famílias, vinculada às equipes de saúde da família, em cada etapa do ciclo da vida, considerando o contexto familiar e social dessas pessoas, com especial atenção aos idosos, em razão de suas necessidades e maior vulnerabilidade as doenças.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2007), estima que os idosos constituam 6,2% da população do Município (815.060 habitantes). Segundo o Relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica,<sup>2</sup> a taxa de cobertura populacional da ESF no Município é em torno de 95%, dos quais 7,2% são idosos, superior ao número estimado pelo

---

<sup>1</sup> GEPLAN/FMS (2008).

<sup>2</sup> SIAB (2007).

IBGE. Atualmente, 55.992 idosos são acompanhados pelas equipes de Saúde da Família, conforme as áreas a elas adstritas, na seguinte proporção: 36% na Regional de Saúde Sul, 33% na Regional de Saúde Norte e 31% na Regional de Saúde Leste/Sudeste.

Atualmente, Teresina possui 72 Unidades Básicas de Saúde, as quais são referências para as 226 equipes de Saúde da Família, que têm como eixo orientador das ações a Política Nacional da Atenção Básica, regulamentada pela Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006, e que estabelece como uma das dez áreas estratégicas de atuação a Saúde do Idoso. Corroborando tal iniciativa, foi promulgada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (BRASIL, 2006f), cuja finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos.

À luz da Política Nacional de Saúde, o Pacto pela Vida, um compromisso firmado entre os gestores das três instâncias de governo, estabeleceu entre suas diretrizes a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Nesta perspectiva, definiu como ações estratégicas: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; o estímulo às ações intersetoriais; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; o provimento de recursos; o fortalecimento da participação social; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; a divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; a promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Entretanto, das 226 equipes de Saúde da Família existentes em Teresina, 77 já iniciaram o cadastro da população de idosos por microárea e a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, ações estratégicas para a operacionalização da PNSPI e imprescindíveis para identificar idosos frágeis ou em risco de fragilização. Tal iniciativa suscita o incremento de outras ações que possibilitem o aprimoramento do diagnóstico de riscos e agravos que possam desenvolver ou potencializar a incapacidade funcional dessa clientela, tais como os distúrbios nutricionais e doenças associadas, entre os quais estão a desnutrição, o excesso de peso, o *Diabetes Mellitus*, a hipertensão arterial e a osteoporose.

Segundo Litvoc & Brito (2004), a desnutrição energético-protéica é o distúrbio nutricional de maior importância na pessoa idosa, estando associada à pobreza, ao isolamento social, à imobilidade, ao acesso a uma alimentação adequada, entre outros fatores. Pesquisas nacionais e internacionais apontam para a prevalência desse agravo, variando entre 10% a 20% para idosos que vivem em comunidade.

Por outro lado, a mudança no estilo de vida da sociedade ocidental em geral, envolvendo uma tímida ou inexistente prática de atividade física e um aumento no consumo de alimentos muito calóricos, tem proporcionado o crescente aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, como o excesso de peso, independente da faixa etária. Assinale-se que a relevância deste agravo se deve principalmente pelo poder desencadeador ou potencializador de outras enfermidades de semelhante magnitude, como o diabetes e a hipertensão arterial, revelando um grande desafio para a saúde pública.

O padrão de consumo alimentar atual – baseado na excessiva ingestão de alimentos de alta densidade e pobre em fibras e micronutrientes – tem sido responsabilizado pelo aumento acelerado da obesidade no Brasil e no mundo, e está diretamente relacionado ao ambiente e às mudanças no estilo de vida. Este fato indica a necessidade de intervenções de âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2006d).

Os fatores supracitados e o envelhecimento da população apresentam-se como os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes.

O diabetes, hoje considerado uma epidemia mundial, devido à obesidade e também pelo aumento da longevidade populacional, relaciona-se a uma tendência de risco de óbito crescente (LOURENÇO, 2007).

No Brasil, estima-se que 11% da população com 40 anos ou mais são portadores de diabetes, representando cerca de cinco milhões e meio de pessoas (BRASIL, 2006e). Este quadro revela a necessidade de aprimoramento contínuo dos serviços de saúde para o enfrentamento dos problemas de comportamento, nutricionais e de assistência, que impulsionam a epidemia do diabetes, na perspectiva de reduzir a inacessibilidade a serviços resolutivos.

Outra enfermidade altamente prevalente é a hipertensão arterial, que, de acordo com BRASIL (2006c), se apresenta como um dos mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica, e acomete cerca de 50% a 70% das pessoas idosas. Entretanto, mesmo sendo um fator determinante de morbimortalidade, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos.

Em Teresina, segundo relatório do DATASUS, do total de pacientes acompanhados pelo Sistema de Cadastramento e Acompanhamento dos Portadores de Hipertensão Arterial e/ou *Diabetes Mellitus* – SISHIPERDIA, no período de janeiro de 2000 até fevereiro de 2008, em torno de 45% dos cadastrados (14.565) são idosos, corroborando com as estatísticas

supracitadas e evidenciando a necessidade da implementação de ações efetivas de prevenção e controle desses agravos.

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Mortalidade-SIM, da Fundação Municipal de Saúde-FMS, no período de 2000 a 2007, ocorreram 15.008 óbitos na população de idosos de Teresina. Deste total, 0,39% foram por desnutrição protéico-calórica e 42,8% foram decorrentes de agravos de doenças crônicas não transmissíveis, assim distribuídos: 2.316 óbitos por doenças cardiovasculares; 2.744 óbitos por acidente vascular cerebral; 1098 óbitos por diabetes e 268 por hipertensão, conforme mostra o Gráfico a seguir:

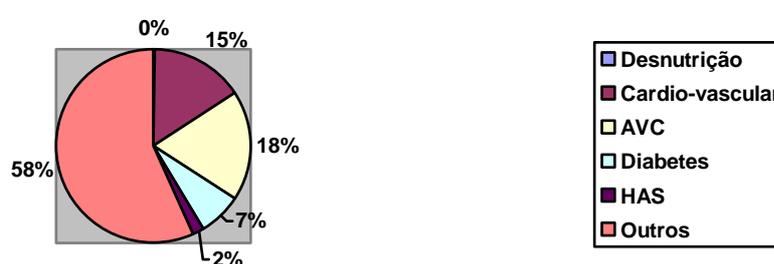


Gráfico 1: Distribuição da causa de morte em idosos no município de Teresina-PI, nos anos de 2000 a 2007.

Fonte: SIM – Fundação Municipal de Saúde/Teresina-PI.

Os achados supracitados refletem a magnitude das doenças crônicas não-transmissíveis sobre a morbimortalidade da população idosa. Por outro lado, os dados relativos aos óbitos por desnutrição não refletem a dimensão real deste problema para a referida população, provavelmente estes dados estão subestimados, uma vez que este distúrbio geralmente entra na declaração de óbito(DO) como causa secundária do óbito. Para avaliar a “real” contribuição da desnutrição nos óbitos dos idosos é necessária a análise de todas as causas de óbito.

A desnutrição protéico-calórica, assim como a pobreza, a falta ou insuficiência da renda familiar e a violação de outros direitos básicos estão intimamente ligadas à insegurança alimentar e nutricional. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD (2003-2004), quase um terço das pessoas com 65 anos e mais do País sofrem de algum grau de insegurança alimentar e nutricional (27,9%), apesar do dado constatado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicada-IPEA, que famílias que possuem idosos têm renda maior do que aquelas que não dispõem de pessoa nessa faixa etária (IBGE, 2006).

O Piauí está situado em segundo lugar no Brasil, no que se refere ao ranking de Estados com Insegurança Alimentar e Nutricional, precedido apenas do Estado do Maranhão (IBGE, 2006), sugerindo maiores riscos à saúde e à vida da população. Este quadro evidencia o grande desafio da área de saúde em efetivar a vigilância e a assistência alimentar e nutricional, a partir da abordagem integrada, objetivando a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais.

No município de Teresina, segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar-SIH (2007), ocorreram no período de 2007, um total de 87.251 internações no SUS, das quais 17,4% foram de pessoas com 60 anos ou mais. Nesse mesmo período, as despesas do SUS com internações para a população idosa foram em torno de 21% de um total de R\$58.093.690,40 gastos com todas as faixas etárias. Estes dados corroboram com as reflexões de Camarano (2004, p. 438), ou seja, “a elevação dos custos de saúde com idosos está relacionada à taxa de utilização de serviços, uma vez que a frequência de morbidades é maior nessa faixa etária”.

Na Rede Municipal de Saúde, existem atualmente 20 profissionais nutricionistas prestando atendimento ambulatorial. Desses, 11 realizam atendimento à população de adultos, incluindo idosos; e as outras 9 realizam atendimento exclusivo à clientela infantil (consultório de aleitamento materno e de orientação ao desmame). O que se visualiza na prática desses profissionais é a necessidade de organização e sistematização das ações de alimentação e nutrição voltadas à população idosa, incorporando a sua práxis atividades de promoção da alimentação saudável, a vigilância alimentar e nutricional e o acompanhamento nutricional desse segmento.

A partir da publicação da Portaria nº. 154 de 24/01/08, que regulamentou a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF (BRASIL, 2008), vislumbram-se condições potenciais para que o Nutricionista possa se estabelecer como uma referência para a prevenção, o diagnóstico e o controle dos agravos nutricionais no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, cumprindo assim com as diretrizes previstas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que se insere no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.

Diante do exposto, evidencia-se que a assistência nutricional prestada à população idosa na Atenção Básica do município de Teresina-PI – não obstante o avanço do arcabouço legal e orientativo, que existe atualmente, voltado para a saúde dessa clientela – não contempla suas especificidades e necessidades no que tange à alimentação e nutrição. Este quadro requer, portanto, uma sistematização das ações supracitadas, prescindindo da sensibilização dos profissionais da atenção básica para o envelhecimento, o diagnóstico

precoce dos agravos nutricionais, a ordenação do fluxo, a partir da instituição do sistema de referência, e o adequado acompanhamento nutricional da população idosa.

Tais iniciativas possibilitarão a esta clientela o acesso a um atendimento mais humanizado e resolutivo aos seus problemas alimentares e nutricionais, o que contribuirá para um envelhecimento mais saudável, ativo, autônomo e participativo.

Assim, tornam-se imprescindíveis as seguintes intervenções:

- 1) Organizar e integrar o processo de trabalho da ESF e equipe de nutrição de referência, visando a prevenção e o controle dos agravos nutricionais dos idosos, assim como a promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando a lógica da ESF – território, integralidade do cuidado.
- 2) Sensibilizar e atualizar profissionais da Equipe de Saúde da Família do município de Teresina-PI, acerca do processo do envelhecimento, do diagnóstico e da triagem de casos de risco nutricional da população idosa, por meio da vigilância nutricional.
- 3) Implantar o sistema de referência dos casos diagnosticados como de risco ou agravo nutricional das equipes de Saúde da Família para as equipes de referência em nutrição na atenção básica, na perspectiva da estruturação de redes de atenção à saúde da população idosa.
- 4) Implementar ações de alimentação e nutrição para a população idosa referenciada para as equipes de referência em nutrição, visando qualificar a atenção aos grupos de maior vulnerabilidade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Implementar a vigilância e a assistência nutricional da pessoa idosa na Atenção Básica de Saúde de Teresina-PI, por meio da organização e integração do processo de trabalho dos profissionais envolvidos na perspectiva de prevenir e controlar agravos nutricionais que comprometem o envelhecimento ativo e saudável.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Capacitar profissionais das equipes de Saúde da Família na promoção da alimentação saudável e no diagnóstico precoce de agravos nutricionais.
- Potencializar a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como instrumento de monitoramento do estado de fragilidade da clientela alvo.
- Estabelecer um sistema de cuidado integrado na identificação dos agravos identificados pelas ESF para o atendimento nutricional especializado.
- Instrumentalizar nutricionistas da rede básica para o atendimento diferenciado e adequado a essa clientela, envolvendo a vigilância alimentar e nutricional e a orientação alimentar.
- Adequar a estrutura física e os equipamentos dos consultórios de Nutrição para o acesso e o atendimento conveniente à clientela adstrita.
- Elaborar material educativo com enfoque na promoção da alimentação saudável, considerando as especificidades da população idosa.
- Implantar o protocolo de atenção nutricional integrada para idosos na atenção básica.

## **3 JUSTIFICATIVA TÉCNICO-CIENTÍFICA**

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, e com alta taxa de prevalência de doenças crônicas causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (BRASIL, 2006f).

A cada ano, a população brasileira incorpora 650 mil novos idosos (IBGE, 2000). Esse aumento significativo repercute na área de Saúde do País e traz à tona discussão de questões importantes como a necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais, tendo em vista que uma das conseqüências do aumento do número de pessoas idosas em uma população indica o provável surgimento de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e de saúde (BRASIL, 2006f).

Segundo Veras (2007), “hoje a percepção geral da sociedade brasileira é de que o atendimento é precário, de custo elevado, com desperdício de recursos e má prestação de cuidados”. Os idosos sofrem com a desinformação, o preconceito e o desrespeito, além da precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas dessa

população, a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos que priorizem a longevidade com qualidade de vida, além de recursos humanos qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

Diante desse contexto, e considerando que o envelhecimento causa alterações no corpo e na mente, interferindo, muitas vezes, na alimentação e no estado de nutrição da pessoa idosa, provocando diminuição do apetite, do metabolismo, da massa muscular, da mobilidade intestinal e até da participação social, evidencia-se a importância de se adequar os serviços de Saúde, em especial a Atenção Básica, para a busca, o acolhimento e o atendimento mais humanizados dessa clientela.

Projetos de intervenção que estabeleçam como propósitos a sensibilização e a qualificação de profissionais da Atenção Básica para o envelhecimento, a detecção precoce, a triagem e a referência dos agravos nutricionais em pessoas idosas, para um atendimento especializado, poderão proporcionar maior acesso desse segmento populacional a ações e serviços prioritários e resolutivos.

Iniciativas desta natureza possibilitarão o aprimoramento da conduta profissional frente a essa clientela, que requer cuidados mais especializados e poderá fomentar a prática da interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado (MATTOS, 2001).

Outra relevância vislumbrada é o fortalecimento da rede de proteção à saúde da pessoa idosa, o incremento da credibilidade do serviço e, à médio ou longo prazo, a melhoria do padrão da morbidade e a redução do número de internações hospitalares, aspectos imprescindíveis para um envelhecimento ativo e saudável.

A educação em Saúde, estratégia intrínseca às práticas de saúde, tem sido reconhecida como um dos componentes eficazes no reconhecimento das responsabilidades compartilhadas no que tange ao cuidado.

Atualmente, o eixo orientador da educação em saúde tem sido a promoção e a proteção da saúde, cujos pilares sustentadores são o consumo de alimentação saudável, a prática regular da atividade física e o controle do tabagismo, na perspectiva da prevenção e da compressão dos agravos e das doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2004).

Nesse sentido, a equipe de saúde da família e o profissional nutricionista desempenham um papel fundamental frente a esse desafio. Entretanto, apesar de Litvock e Brito (2004) constatarem na prática uma grande preocupação e integração dos profissionais de diversas áreas de saúde na atenção à pessoa idosa, não se pode deixar de reconhecer que esta clientela ainda se encontra muito à margem do sistema de saúde, ficando muitas vezes desprovida da atenção necessária para as alterações inerentes a essa fase da vida.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento é um processo universal, marcado por mudanças biopsicossociais específicas e associado à passagem do tempo. É um fenômeno inerente ao processo de vida, que varia de indivíduo para indivíduo, conforme sua genética, seus hábitos de vida e seu meio ambiente (BRASIL, 2006a).

A preocupação com as altas taxas de envelhecimento no Planeta motivou a Organização das Nações Unidas-ONU, em assembléia realizada em Viena, em 1982, a declarar o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento populacional (KERTZMAN *et al.*, 2004).

O crescimento da população idosa é conseqüência da queda da fecundidade e da mortalidade, que torna esse grupo populacional um componente importante, e cada vez mais expressivo dentre a população geral. Conseqüentemente, as mudanças na estruturação etária da população implicam aumento na incidência e prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, com 85% das pessoas com 60 anos ou mais, apresentando pelo menos uma doença crônica (RAMOS *et al.*, 1987).

A Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS define envelhecimento como:

Processo seqüencial, 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, 2006c p. 8).

Envelhecer é também um processo de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretam diminuição do desempenho do sistema orgânico; conseqüentemente, uma diminuição da capacidade funcional. Entendendo-se por capacidade funcional a capacidade de o indivíduo realizar atividades básicas e instrumentais, como, por exemplo, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, fazer compras etc. (BRASIL, 2006a). Com a senescência, os idosos podem também desenvolver problemas nutricionais, devido a fatores relacionados com alterações sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de várias medicações, problemas de alimentação (comprometendo a mastigação e deglutição) e depressão. Levando à perda de peso involuntária, redução do apetite e caquexia, manifestações comuns na população geriátrica (ACUNÃ & CRUZ, 2004). Esse conjunto de fatores predis põe a população idosa a uma maior insegurança alimentar (SILVEIRA *et al.*, 2007).

A transição nutricional, decorrente de mudanças no padrão alimentar, e o sedentarismo trouxeram grande impacto para a saúde e o estado nutricional dos idosos. Com um grande consumo, por parte desta clientela, de produtos industrializados, com alto valor energético, tais como: doces e massas, ou de fácil preparo e baixo valor energético, como chás e torradas, e um reduzido consumo de vegetais e frutas secas, por serem considerados perecíveis, caros, e, em sua maioria, necessitar de preparo (SILVEIRA *et al.*, 2007). Entretanto, em pesquisa realizada para identificar o hábito alimentar de idosos em três regiões de São Paulo, verificou-se que mais de 90% dos indivíduos ingeriam feculentos, arroz, pão e macarrão. Cerca de 70% ou mais consumiam feijão, carne de boi, aves, leites e ovos, e mais de 85% consumiam frutas, verduras, folhosos e legumes, principalmente nos estratos socioeconômicos mais elevados (NAJAS *et al.*, 1994).

Essa mudança no padrão alimentar dos idosos traz preocupações importantes, devido a alta prevalência de DCNT, nessa faixa etária, refletindo a necessidade de intervenções nutricionais urgentes, que podem ser dificultadas pelos hábitos arraigados decorrentes do envelhecimento (SILVEIRA *et al.*, 2007).

Pelo exposto, o envelhecimento não é discutido apenas por suas implicações sociais, mas também pela necessidade de estruturação de um modelo assistencial que contemple o segmento idoso de forma integral, superando os desafios representados por novas demandas sociais e de saúde (BEZERRA *et al.*, 2005).

Entre tais desafios coloca-se o fortalecimento do trabalho interdisciplinar da equipe de Saúde que assiste ao idoso, a partir de dinâmicas relacionais, integradoras das diversas áreas do conhecimento. Esse é um território por onde transitam não apenas o mundo cognitivo, mas também a solidariedade profissional, que está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres, mostrando-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário (BEZERRA *et al.*, 2005).

Nesse contexto e seguindo o princípio da integralidade, o qual, no que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e práticas assistenciais, por um mesmo serviço, é que as atividades de educação em Saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do Programa Saúde da Família-PSF, os quais, além de executar as ações preconizadas pela PNAB, devem também oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância em saúde, o que significa que a assistência prestada, principalmente à população geriátrica, deve ser integral, abrangendo todos os momentos ou dimensões do processo saúde-doença (ALVES, 2004; MATTOS, 2001).

Nessa concepção, integrar ações preventivas e curativas, assim como de promoção da saúde, integrar profissionais em equipe interdisciplinar e multiprofissional, para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde da população idosa de forma mais efetiva, é um dos objetivos desse projeto, que, deste modo, espera contribuir para a construção de um modelo assistencial-integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população acima de 60 anos (ALVES, 2004; MATTOS, 2001).

Após a metade do século XX, os estudos de pesquisa científico-laboratoriais e epidemiológicos demonstraram o papel da nutrição na prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas, resultando em maior longevidade e qualidade de vida da população (KERTZMAN *et al.*, 2005).

Considerando a importância da qualidade de vida na terceira idade, tornam-se necessárias políticas públicas multissetoriais que assegurem um envelhecimento ativo, a fim de melhorar as condições de saúde e aumentar a participação dessa população idosa junto à sociedade (CARVALHO *et al.*, 2007). Ressalte-se que, a saúde e a qualidade de vida são inter-relacionadas, pois saúde é dimensão da qualidade de vida, ao mesmo tempo, a qualidade de vida impacta a saúde (ASSIS *et al.*, 2007).

O envelhecer é um processo normal que acomete todas as pessoas, porém perdas em função do declínio biológico estão associadas a este processo, e estas perdas podem estar relacionadas à forma de se alimentar do idoso (KERTZMAN *et al.*, 2005).

Segundo dados do Inquérito alimentar populacional, realizado em Bambuí, Minas Gerais (2005), 64,3% dos idosos, com 60 anos ou mais, relataram baixa ingestão protéica e 39% apresentavam inadequação das frações lipídicas; sendo que 35,7% informaram consumo excessivo de ácidos graxos saturados (LOPES *et al.*, 2005).

As modificações biológicas que vão ocorrendo com o envelhecimento acarretam também importantes alterações cardiovasculares, o que explica a freqüente associação da hipertensão arterial com doenças cardíacas na pessoa idosa. Em um estudo transversal para avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de idosos hipertensos que freqüentavam centros de convivência na cidade de Teresina-PI, foram encontrados índices elevados de sobrepeso (45,6%) e baixo peso (36%), e elevada distribuição da gordura central (88%), indicando risco para doenças cardiovasculares (CARVALHO *et al.*, 2007).

Estudos epidemiológicos têm fornecido evidências sobre a importância da dieta como fator de risco ou proteção para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, *Diabetes Mellitus* e neoplasias. Vários alimentos e nutrientes têm sido relacionados tanto à ocorrência

quanto à prevenção de doenças crônicas em diferentes populações. Destaca-se o efeito antioxidante das vitaminas A, E, e C na prevenção do câncer e de doenças cardiovasculares; a ingestão alimentar e suplementar de cálcio na prevenção da osteoporose; o consumo excessivo de gorduras saturadas e colesterol e a ocorrências de cardiopatias e obesidade (LOPES *et al.*, 2005).

Esses achados supramencionados enfatizam a necessidade de um acompanhamento nutricional individualizado, essencial para melhor adesão do paciente e eficácia da terapêutica não-medicamentosa.

Os agravos relacionados à nutrição dos indivíduos, incluindo as doenças crônicas não transmissíveis, constituem prioridade para a saúde pública em países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. Atingem todos os sexos e idades; entretanto, preocupação crescente tem sido conferida ao grupo de idosos (LOPES *et al.*, 2005).

Sua importância é tal que, em 2000, a Organização Mundial da Saúde-OMS propôs uma estratégia mundial para a prevenção e o controle das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. Essa estratégia concentrou-se nos fatores de risco tabagismo, dietas aterogênicas e atividade física, considerando a interação existente entre eles (CHOPRA, 2002).

O Brasil ao lado da maioria dos países da América Latina, da África e da Ásia depara-se com as novas epidemias de obesidade, diabetes, osteoporose, doenças cardíacas e câncer. Essas doenças/agravos não transmissíveis tornam-se mais preocupantes e relevantes à medida que a população brasileira aumenta e envelhece. Portanto, faz-se indispensável que a abordagem de tal complexidade epidemiológica deva estar fundamentada na promoção da saúde e na constituição de ambientes e contextos promotores de práticas saudáveis, que possibilitem e garantam a todo e qualquer cidadão a possibilidade e as informações necessárias para a adoção de modos de vida saudáveis (BRASIL, 2006g).

Nesse contexto, a promoção da saúde (e a educação em Saúde como parte integrante da mesma) representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas pós-transicionais que afetam as populações humanas e seus entornos neste início de século (BUSS, 1999).

Em nível mundial, o conceito de envelhecimento ativo (WHO, 2002) prevê a informação como parte de um conjunto abrangente de medidas necessárias à longevidade com qualidade de vida (ASSIS, 2007).

Desta forma, partindo-se de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a

mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes (BUSS,1999).

Nessa concepção, a promoção da saúde e a prevenção das doenças são e permanecerão centrais, para os planos e programas de políticas de saúde pública do Brasil (BRASIL, 2006g).

#### **4.1 Marcos legais**

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade, na Constituição de 1988, e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (PNSPI, 2006).

Ao longo da década de 1990 foram regulamentados diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de proteção aos idosos. Assim, em prosseguimento às diretrizes lançadas na constituição e fortemente influenciadas pelo avanço dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento, foi promulgada em 1994 (Lei nº. 8.842/94), e regulamentada em 1996 (Decreto nº. 1.948/96), a Política Nacional do Idoso-PNI. Essa política tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (PNSPI, 2006).

Nessa ótica, a atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, deve consistir em um processo diagnóstico multifatorial, envolvendo fatores do ambiente, no qual o idoso está inserido, como, por exemplo, a relação profissional de saúde/idoso/ familiares, a história clínica (aspectos biopsicossociais e funcionais) e o exame físico; além de uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas, de modo a facilitar o acesso dessa população aos serviços de saúde (BRASIL, 2006c).

A ESF coloca a necessidade de uma atenção especial aos idosos. Essa atenção pode se efetivar através de medidas promocionais de proteção específica, da identificação precoce dos

agravos de saúde mais frequentes e sua intervenção, bem como por medidas de reabilitação voltadas para evitar a sua separação do convívio familiar e social (CAMARANO, 2004).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº. 1395 cria, como parte da PNI, a Política Nacional de Saúde do Idoso-PNSI, que determina que os órgãos e entidades do MS relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. De acordo com A PNI, cabe ao setor Saúde, dentre outras atribuições, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde (CAMARANO, 2004).

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria n. 702/MS, de 2002), tendo por base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS (PNSPI, 2006).

Em 2003, o governo brasileiro sancionou o Estatuto do Idoso, com o intuito de garantir os direitos sociais a esse grupo populacional. Esse documento conta com 118 artigos e garante ao idoso acesso aos serviços de saúde e de assistência social, atenção integral à saúde por intermédio do SUS, além de reforçar as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso.

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida, por este dar prioridades aos impactos sobre a saúde da população brasileira e ser um compromisso dos três entes federativos. Neste foram pactuadas seis prioridades, nas quais três delas tiveram bastante relevância para a saúde da pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006c).

Em relação à promoção da saúde da população idosa, a implementação de ações locais deverá ser norteadas pelas estratégias de implementação, preconizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2007). Dentre as ações específicas para o alcance dessa política destaca-se a prática da Alimentação Saudável, que visa à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo também com as ações e metas de cumprimento do direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2007).

Aditando a esse arcabouço legal, o Ministério da Saúde resolve revogar a portaria n. 1395/99 (PNSI), e publicar, em outubro de 2006, a Portaria n. 2.528, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com vistas a recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. Entendendo-se por autonomia a liberdade para agir e para tomar decisões (autogoverno) e independência, a capacidade de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa. Preconizando para este alcance a Avaliação Funcional, que determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio (BRASIL, 2006c).

Pelo exposto, percebe-se que, nas últimas duas décadas, muito se avançou na questão do envelhecimento populacional no que se refere à agenda internacional e nacional. A legislação incorporou grande parte das sugestões das assembleias internacionais. No entanto, fica pendente a necessidade de que essas leis se façam valer no cotidiano dos idosos brasileiros (CAMARANO, 2004).

Na atual conjuntura, o conhecimento do estado nutricional dos indivíduos de 60 anos ou mais poderá servir para a proposição de estratégias e promoção à saúde, prevenção e tratamento dos problemas que acometem essa população. Uma vez que na área de nutrição em saúde pública os idosos não têm sido alvo de intervenções específicas; e, na prática, há reduzida experiência sobre avaliação e acompanhamento nutricional dos idosos. Assim, a vulnerabilidade deste grupo evidencia a necessidade de implementação de políticas públicas que assegurem o direito de cada cidadão à alimentação e segurança alimentar e nutricional, garantindo a melhoria da qualidade de vida (KERTZMAN *et al.*, 2005).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um projeto-piloto de intervenção, com foco na organização de serviço e integração do processo de trabalho de referência da ESF, para as unidades de Saúde de referência em nutrição, sob a ótica da construção de redes de atenção e assistência nutricional à população idosa.

### **5.2 Cenário**

Este projeto, fundamentado no princípio da integralidade da saúde, será desenvolvido na atenção básica do município de Teresina, considerando a estrutura territorial vigente:

Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Norte, Coordenadoria Regional de Saúde Leste-Sudeste e Coordenadoria Regional de Saúde Sul.

O projeto envolverá três Unidades de Saúde que disponham de ambulatório de nutrição e 15 equipes de saúde da família a elas adstritas, proporcionalmente cinco por cada Unidade.

Estabeleceram-se os seguintes critérios de seleção, para a participação no Projeto:

- *Unidade de Saúde*: possuir nutricionista que realize atendimento ambulatorial, para adultos e/ou idosos, preferencialmente, nos turnos manhã e tarde, o que a caracterizará como Unidade de Referência em Nutrição - URN;
- *Equipes Saúde da Família*: ter a maior proporção de idosos cadastrados – o que sugere maior busca ativa, maior demanda e maior envolvimento da equipe com a Política de Saúde da Pessoa Idosa; a proximidade geográfica à URN; bem como a motivação da equipe em participar do Projeto.

### **5.3 Sujeitos**

Delineiam-se dois tipos de sujeitos nesta proposta de projeto:

- Sujeitos da Intervenção: Idosos com agravos nutricionais referenciados pela ESF (beneficiários direto).

- Sujeitos da Capacitação: 180 profissionais da Estratégia Saúde da Família, a saber, médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, e agentes comunitários de Saúde das equipes selecionadas; bem como cinco nutricionistas que realizam atendimento ambulatorial, para adultos e/ou idosos nas URN.

### **5.4 Etapas operacionais/Metas**

#### **ETAPA 1 - Seminário de Sensibilização**

Realização de Seminário de Sensibilização para apresentar a proposta do Projeto de Intervenção aos profissionais das 15 equipes ESF e as cinco nutricionistas das URN, selecionadas para a implementação das ações; aos diretores das Unidades de Saúde escolhidas e Gestores da Fundação Municipal de Saúde diretamente envolvidos com a área de intervenção.

## **ETAPA 2 – Adequação da Estrutura Física**

Adequação e aquisição de equipamentos para as UR/ Consultório de Nutrição:

- a) sinalização para acesso ao consultório de Nutrição;
- b) Aquisição de: - Antropômetro (medir o comprimento da perna);
- Adipômetro (verificação de pregas cutâneas);
- Fita métrica inelástica (medir a circunferência do braço e/ou panturrilha).

*Destaque:* Os equipamentos adquiridos serão disponibilizados apenas para os consultórios de Nutrição das Unidades de Referência em Nutrição-URN, selecionadas para participar da intervenção, uma vez que as equipes já estão equipadas para realizar a coleta de dados necessários para a triagem nutricional.

## **ETAPA 3 – Organização do Processo de Trabalho**

Instituir o sistema de referência e contra-referência dos agravos nutricionais identificados, obedecendo a critérios estabelecidos e utilizando formulário específico:

Os critérios de encaminhamento para referência em nutrição são:

- Baixo Peso, ou seja, Índice de Massa Corporal – IMC  $\leq 22$ ;
- Sobrepeso, ou seja, IMC  $\geq 27$ ;

Perda de peso não intencional = 4,5kg ou = 5% do peso corporal no último ano (componente relacionado à fragilidade); ou perda de peso grave: superior a 2% em uma semana e 5% em um mês (BLACKBURN & BISTRAN, 1977).

- *Diabetes Mellitus* (DM) com glicemia realizada a qualquer hora do dia  $\geq 200$  mg/dl, com plano terapêutico farmacológico implementado;
- *Hipertensão Arterial* (HAS) em Estágio 2 (PAS  $\geq 160$  mmHg e PAD  $\geq 100$  mmHg) em uso de farmacoterápico;
- Diabéticos e/ou hipertensos descompensados e com dislipidemias.
- Outros parâmetros podem ser definidos pelo grupo de intervenção.

**Apêndice A** – Formulário de Encaminhamento do Sistema de Referência e Contra-Referência das equipes de Saúde da Família para as Unidades de Saúde de Referência em Nutrição.

***Destaque:*** Com relação aos pacientes que foram diagnosticados como frágeis e não podem se locomover, será estruturada uma alternativa de visitas domiciliares em parceria com os profissionais de Nutrição que estão implantando este projeto.

#### **ETAPA 4 – Desenvolver e Implementar Protocolo de Atendimento Nutricional**

- *Acolhimento:* explicar porque ela (pessoa idosa) foi referenciada para URN e ressaltar a importância de sua participação ativa no tratamento, com vistas a obtenção de melhores resultados.
- Realizar a vigilância nutricional, fazendo a mensuração das medidas antropométricas necessárias à confirmação e melhor definição do diagnóstico previamente indicado pela ESF, e registrar os dados no formulário padrão do SISVAN e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (IMC, % perda peso, circunferência do braço e/ou panturrilha, pregas cutâneas, comprimento da perna).
- Proceder a anamnese alimentar (ingestão de alimento, número de refeições, consumo de líquidos, preferências alimentares, alterações do hábito alimentar).
- Agendar o 1º retorno com 15 dias para a verificação da condução das orientações dadas e, posteriormente, com um mês ou conforme a necessidade evidenciada.
- Após o segundo retorno, agendar atividades grupais, com idosos com quadros semelhantes, para promover troca de experiências, integração do grupo, otimizar a conduta nutricional e motivá-los a continuar com o tratamento.
- Utilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa para o registro das orientações necessárias.

#### **ETAPA 5 – Elaboração de material educativo**

- Elaboração de material educativo, como folders e cartazes, que contemple a promoção da alimentação saudável, considerando as especificidades da pessoa idosa, e orientações sobre agravos nutricionais. Esse material educativo será destinado aos profissionais que participarão da intervenção, aos idosos e aos seus cuidadores.

O conteúdo teórico será selecionado/elaborado pela Coordenação em parceria com os profissionais que ministrarão a capacitação.

A estruturação do material (layout) será realizada em parceria com o Departamento de Comunicação e Publicidade da Prefeitura Municipal de Teresina.

Para a reprodução do material será contratada uma empresa gráfica.

## **ETAPA 6 - Capacitação dos profissionais**

Capacitação/atualização dos 180 profissionais das equipes de Saúde da Família e cinco nutricionistas das Unidades de Referência-URN.

Será utilizada a metodologia da problematização, com modalidade presencial, em uma carga horária de 16 horas.

O conteúdo programático incluirá a seguinte temática:

*Parte 1:* Integralidade; humanização do atendimento; interdisciplinaridade; comunicação; processo do envelhecimento.

*Parte 2:* Vigilância alimentar e nutricional; agravos nutricionais; prática de aferição antropométrica; critérios para triagem; protocolo de referência e contra-referência.

A capacitação será ministrada por nutricionistas e geriatra, com aulas teóricas e práticas.

A capacitação será realizada em três etapas mensais:

- *Primeiro mês:* Capacitação dos profissionais das cinco equipes de Saúde da Família e uma nutricionista da Unidade de Referência em Nutrição-URN, vinculados a Coordenadoria Regional de Saúde Leste/ Sudeste.

- *Segundo mês:* Os profissionais das cinco equipes de Saúde da Família e duas nutricionistas da URN, vinculados a Coordenadoria Regional de Saúde Centro/Norte.

- *Terceiro mês:* Os profissionais das cinco equipes de Saúde da Família e duas nutricionistas da URN, vinculados a Coordenadoria de Regional de Saúde Sul.

Para cada etapa supramencionada, a capacitação ocorrerá em dois momentos:

*Primeiro:* serão capacitados os profissionais de nível superior (médico, enfermeiro, odontólogo e nutricionista); em seguida os profissionais de nível médio (agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal).

Em cada etapa de capacitação, supramencionada, serão formadas três turmas: Uma com profissionais de nível superior e duas turmas com profissionais de nível médio.

Essa separação tem por base o tipo de abordagem a ser aplicada em cada turma, para que a relação ensino-aprendizagem-troca possa ser mais eficiente e eficaz.

### **ETAPA 7 - Avaliação da Intervenção**

A avaliação ocorrerá durante a implementação da intervenção (avaliação de processo); e, no final do período estabelecido para a execução (avaliação de resultados), deverá ocorrer a parceria a ser desenvolvida futuramente com a Universidade Federal do Piauí, através do Departamento de Nutrição.

Na avaliação de processo, serão utilizados os indicadores abaixo relacionados e outros que poderão ser propostos pelos profissionais envolvidos com a intervenção:

- 1) Por meio de rodas de conversa com os profissionais envolvidos, buscar-se-ão identificar potencialidades e/ou dificuldades no processo de organização do serviço.
- 2) Em entrevista aleatória com idosos beneficiários, procurar-se-á conhecer sua percepção acerca do atendimento.

Na avaliação de resultados serão coletados e analisados os seguintes dados:

- Número de encaminhamentos da ESF para os consultórios de nutrição das URN.
- Número de consultas realizadas com pessoas idosas referenciadas para os consultórios de nutrição nas URN, por meio dos registros de agendamento dos respectivos consultórios.
- Número de atividades grupais realizadas nas URN.
- Número de idosos contra-referenciados das URN para as ESF, por estarem sendo considerados controlados.

Após a análise dos dados coletados, será elaborado um relatório final para ser apresentado no Seminário de Avaliação e divulgação dos resultados.

### **5.5 Resultados esperados**

- 1) Espera-se com esta intervenção conseguir 185 profissionais mais atualizados e sensibilizados sobre o processo de envelhecimento e os fatores de riscos e proteção das doenças e agravos nutricionais mais comuns entre os idosos.

- 2) A vigilância nutricional deverá ser executada de forma eficiente, favorecendo assim a identificação precoce dos casos.
- 3) Organização do processo de trabalho (sistema de referência/contra-referência, fluxo de acesso aos serviços, demanda, interconsultas, grupos de conversa etc.).
- 4) Protocolo de atendimento implantado de forma resolutiva e qualificado para o cuidado e o acolhimento necessário à pessoa idosa.
- 5) Desenvolvimento de ações educativas na rotina dos serviços.
- 6) Fortalecimento do vínculo entre os portadores de agravos nutricionais e as Unidades de Saúde do município, promovendo a integralidade das ações entre ESF, os profissionais nutricionistas das URN e a população de idosos e seus familiares.
- 7) A estruturação de uma rede de referência e contra-referência em atenção à saúde da pessoa idosa, fortalecendo o compromisso com uma assistência de qualidade, centrada na responsabilização e na partilha dos desafios para o envelhecimento ativo e mais saudável na realidade da população idosa Teresinense.
- 8) Aumentar o número de idosos atendidos. Estima-se beneficiar diretamente cerca de 2.000 idosos durante toda a execução do projeto.

## **6 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de Intervenção envolve distintas estratégias: Capacitação/Atualização de profissionais de Saúde, estabelecimento de um sistema de referência de agravos nutricionais, adequar/equipar consultórios de nutrição para o atendimento especializado à pessoa idosa, promoção da integração entre os profissionais da ESF e equipe de Nutrição de referência, e elaboração de material educativo. Estas estratégias não envolvem riscos de natureza física, psíquica, moral ou social dos sujeitos envolvidos, uma vez que, o procedimento utilizado para fazer o Diagnóstico Nutricional não é invasivo.

Cada profissional da ESF e nutricionistas que irão participar da intervenção vão estar preparados para atender de forma humanizada e acolhedora a população geriátrica.

Antes da implementação, o Projeto será submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde, conforme Resolução nº. 196/96.

## 7 ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO

### 7.1 Recursos humanos

Profissionais que desenvolverão a capacitação:

Maria Vânia Francisca da Paz – Coordenadora do Projeto de Intervenção.

Norma Sueli Marques da Costa Alberto – nutricionista – Coordenadora Estadual de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso.

Maria do Socorro Silva Alencar – nutricionista.

Keila Maria Gonçalves da Silveira Fortes – nutricionista.

Dr<sup>a</sup> Lavínia Castelo Branco Aragão – geriatra.

### 7.2 Orçamento

#### Recursos Materiais para a capacitação

|   |               |           |
|---|---------------|-----------|
| Pasta elástica.....                                   | 185 unidades* |           |
| Caneta esferográfica.....                             | 185 unidades* |           |
| Lápis grafite.....                                    | 185 unidades* |           |
| Fotocópia /encadernação (apostilha – 200 cópias)----- |               | R\$800,00 |
| TOTAL -----   |               | R\$800,00 |

(\*) material disponível no almoxarifado da FMS.

#### Compra de Equipamentos

|  |             |
|--|-------------|
| Placas de sinalização (06 unidades)-----   | R\$ 150,00  |
| Adipômetro (03 unidades)-----              | R\$1.950,00 |
| Antropômetro (03 unidades)-----            | R\$1.800,00 |
| Fita métrica inelástica (03 unidades)----- | R\$120,00   |
| TOTAL-----                                 | R\$4.020,00 |

*Destaque:* Os equipamentos adquiridos serão disponibilizados apenas para os consultórios de Nutrição, pois as equipes de Saúde da Família já possuem os instrumentos necessários para realizar o diagnóstico nutricional.

Recursos Humanos – Profissionais contratados para capacitação

|                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| Nutricionista (3)--CH --108h/a ----- | R\$ 4.320,00 |
| Geriatra (1)-----CH—36h/a-----       | R\$1.440,00  |
| Total-----                           | R\$5.760,00  |

Elaboração de Material

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| Cartazes (500 unidades)-----  | R\$2.000,00         |
| Folders (3.000 unidades)----- | R\$2.700,00         |
| TOTAL-----                    | R\$4.700,00         |
| <b>TOTAL DO PROJETO-----</b>  | <b>R\$15.280,00</b> |

### 7.3 Fonte dos recursos financeiros

Os recursos financeiros para a implementação das capacitações, aquisição de equipamentos para consultórios de nutrição das URN e elaboração de material educativo serão alocados do Piso de Atenção Básica-PAB Municipal.

### 7.4 Obstáculos prováveis

- Mudança no cenário político-institucional (não continuidade administrativa).
- Não adesão dos profissionais da ESF e nutricionistas das URN a proposta de intervenção.

### 7.5 Elementos favoráveis

- Existência de atendimento ambulatorial em nutrição específico à população adultos/idosos na unidades de saúde municipal.
- Profissionais das equipes Saúde da Família treinados para identificar idosos frágeis ou em processo de fragilização, através da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
- Apoio da Coordenação de Ações Assistenciais e Coordenação de Ações Estratégicas às ações de promoção da saúde e estilo de vida saudável.
- A implementação de várias pesquisas contemplando a população de idosos.
- Rede de Assistência estruturada para referência de média e alta complexidade.

- Interesse por parte do Departamento de Nutrição da Universidade federal do Piauí-UFPI e o Programa Terceira Idade em Ação-PETIA/UFPI em participar como parceiros do projeto.
- Parceria com a Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso da Secretaria Estadual de Saúde.

## 8 CRONOGRAMA

| ETAPAS   | 1º TRIM | 2º TRIM | 3º TRIM | 4º TRIM | 5º TRIM | 6º TRIM | 7º TRIM | 8º TRIM |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Seminário de sensibilização                              | x       |         |         |         |         |         |         |         |
| Aquisição de equipamentos                                | x       | x       |         |         |         |         |         |         |
| Elaboração de material                                   | x       | x       |         |         |         |         |         |         |
| Organização do processo de trabalho                      | x       | x       |         |         |         |         |         |         |
| Capacitação dos profissionais                            |         | x       |         |         |         |         |         |         |
| Início das ações de intervenção                          |         |         | x       |         |         |         |         |         |
| Execução da intervenção                                  |         |         | x       | x       | x       | x       | x       | x       |
| Avaliação de processo                                    |         |         |         |         | x       |         |         | x       |
| Avaliação de resultados                                  |         |         |         |         |         |         |         | x       |
| Elaboração do relatório final                            |         |         |         |         |         |         |         | x       |
| Seminário de avaliação final e divulgação dos resultados |         |         |         |         |         |         |         | x       |

**TRIM = TRIMESTRE**

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**: manual de preenchimento. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica**: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica n. 12: obesidade**. Brasília, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica n. 16: Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2006g.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.842 de 04 de janeiro de 1994. **Política nacional do idoso**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Núcleos de apoio à saúde da família – NASF**.

ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o PSF. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 9, n. 16, p.39-52, set. 2004 / fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16a04.pdf>>.

ASSIS, Mônica de. et al. Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 31(3), p.438-447, jul./set. 2007. Disponível em: <[http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/55/15\\_promoção da saúde.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/55/15_promoção_da_saúde.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2008.

ACUNÃ, Kátia; CRUZ, Thomaz. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq. Brás. Endocrinologia e Metabologia**, vol. 48, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v48n3/a04v48n3.pdf>>.

BEZERRA, Adriana F.B et al. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção a saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, 39(5), p. 809-815, 2005. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>.

BUSS, Paul M. Promoção e educação em saúde no âmbito da escola de governo em saúde da escola nacional de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 15, supl. 2, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=arttext&pid=S0102-311X>>.

CHOPRA, M; GALBRAITH, S; DARNTON–HILL, I. **A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition**. Bull World Health Organ, n. 80, p. 952-958, 2002.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARVALHO, C. M. R. G. et al. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina-PI. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, vol. 10, n. 1, 2007. Disponível em: <[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809)>. Acesso em: 28 maio 2008.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SO: Yendis, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2000**. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2000**. Brasília, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População estimada de idosos no estado do Piauí. IBGE, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População estimada de idosos no município de Teresina – PI. Piauí: IBGE, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD 2003/2004. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/estatística/população/trabalhoerendimento/pnad2004/feault.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/trabalhoerendimento/pnad2004/feault.shtm)>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **IBGE**, 2006.

KERTZMAN, Olga. F et al. Perfil nutricional de idosos que residem sozinhos na região central da cidade de São Paulo: evidenciando a necessidade de políticas públicas! **Portal do Envelhecimento**. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo1574.htm>>.

LITVOC, Julio e BRITO, Francisco Carlos de. **Envelhecimento**: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOPES, Aline Cristine Souza, CAIAFFA, Waleska Teixeira, SCHIERI, Rosely et al. Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde pública**. jul./ago. 2005, vol. 21, n. 4, p.1201-1209. INSS 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X>>.

LOURENÇO, Paula. Um panorama das doenças crônicas no Brasil. **Em Revista de Manguinhos**. Rio de Janeiro, n.12, p. 34 – 36, set. 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ / CEPESQ / ABRASCO, 2001.

MOTA, Renato. Cuidando da boa idade. **DE GESTÃO/ CRN**, Recife, n. 02 (jan./mar.), p.12-13, 2006.

NAJAS, Myrian Spinola; ANDREAZZA, Rosemarie; SOUZA, Ana Lúcia Medeiros de et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região Sudeste, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 28, n. 3, jun. 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034)>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional para o envelhecimento, 2002**. Organização das Nações Unidas. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde. 57ª Assembléia Mundial de Saúde. **Resolução WHA57**. 17 de 22 de maio de 2004.

RAMOS, L.R; VERAS, R. P; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, 21, p. 211-24. 1987.

SILVEIRA, E, A de; LOPES, A. C. S.; CAIAFFA, W. T. Avaliação do estado nutricional de idosos. In: KAC, Gilberto; SCHIERI, Rosely; GIGANTE, Denise Petrucci et al (Org.). **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz / Atheneu, 2007.

VERAS, Renato. FÓRUM – Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(10), p. 2463 – 2466, out, 2007.

WHO/NMH/NPH Active Ageing. **A policy framework**. Geneve: World Health Organization, 2002.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de Encaminhamento do Sistema de Referência e Contra-Referência das Equipes de Saúde da Família para as Unidades de Saúde de Referência em Nutrição.

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>         |                            |
| ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO: |                            |
| URN-LESTE/SUDESTE                          | ( )                        |
| URN-SUL                                    | ( )                        |
| URN-CENTRO/NORTE                           | ( )                        |
| PACIENTE: _____                            | IDADE: _____               |
| IMC: _____                                 | DN: _____                  |
| GLICEMIA CASUAL: _____                     |                            |
| Nº DA EQUIPE/ESF: _____                    |                            |
| ENCAMINHADO POR: _____                     |                            |
| Médico / Enfermeiro (Carimbo e assinatura) |                            |
| DATA: ____ / ____ / ____                   |                            |
| DATA DA CONSULTA NA URN ____ / ____ / ____ |                            |
| NUTRICIONISTA _____                        |                            |
| <b>CONTRA-REFERÊNCIA</b>                   |                            |
| ENCAMINHAMENTO A EQUIPE/ESF Nº _____       |                            |
| DATA ____ / ____ / ____                    |                            |
| SITUAÇÃO NUTRICIONAL DO PACIENTE _____     |                            |
| CONDUTA NUTRICIONAL _____                  |                            |
| _____<br>Assinatura paciente/responsável   | _____<br>Nutricionista/CRN |