

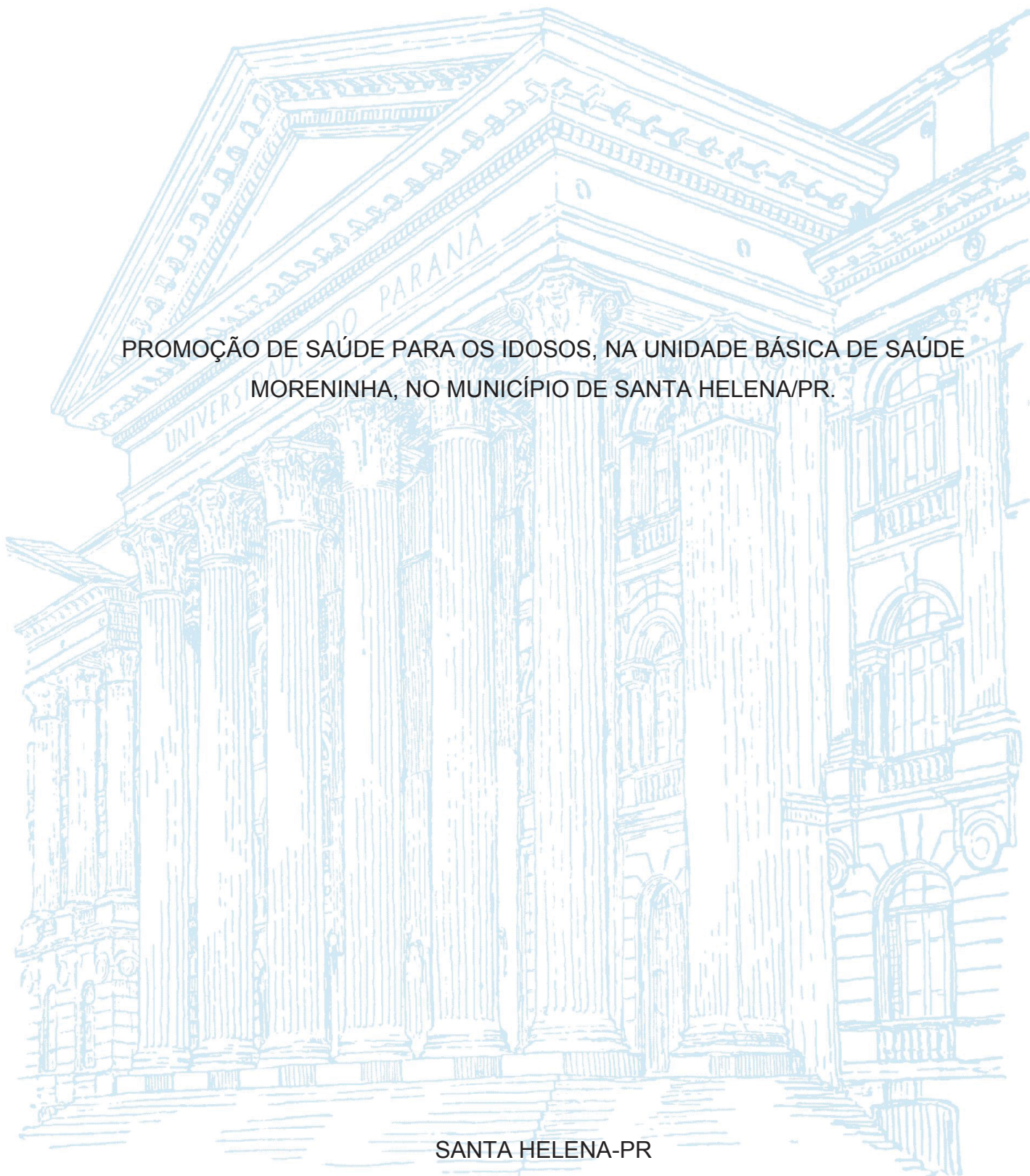
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANNE TAVARES SILVI

PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA OS IDOSOS, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MORENINHA, NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA/PR.

SANTA HELENA-PR

2021



ANNE TAVARES SILVI

PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA OS IDOSOS, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MORENINHA, NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA/PR.

TCC apresentada ao curso de Pós-Graduação em
Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Sandra Maria Schefer
Cardoso

SANTA HELENA-PR

2021

RESUMO

Introdução: O plano de Intervenção aborda a promoção de saúde de idosos na Unidade Básica de Saúde Moreninha, no Paraná é resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O tema aborda problemas que influenciam e confrontam com o envelhecimento saudável, principalmente os que envolvem comorbidades crônicas. É sabido que adquirir comorbidades ao longo da idade é algo natural e fisiológica do envelhecimento, no entanto quando não controladas e acompanhada geram grandes danos a esse processo. Objetivos: o principal aborda o tema do projeto, que envolve promover saúde aos idosos do território, para tanto, objetivos específicos foram abordados para isso tais como: criar grupos para idosos; capacitar a equipe sobre atenção ao público idoso; realizar Avaliação Global dos idosos para identificação de riscos; promover qualidade de vida por meio de pensamentos de prevenção. Método: a pesquisa ação foi o método utilizado neste plano, abordando inicialmente conhecer o território e seus indicadores, além das influencias que contribuem para esses indicadores. A partir disso, foi priorizado um problema e discutido os nós críticos, para que se pudessem propor planos de ações que visem atingir o objetivo principal. Resultados e discussão: O plano não pode ser realizado do modo como foi planejado devido ao COVID-19, no entanto a equipe adaptou o projeto para poder colocar em prática algumas ações. Na readaptação participaram 40 idosos, dos quais 17 eram homens e 23 mulheres, foi realizado medidas antropométricas que podem sugerir e caracterizar o estado nutricional dos mesmos. Além disso, ações com os profissionais de saúde também foi realizada contando com os 5 integrantes da equipe, com o intuito de aprimorar o cuidado aos idosos. Foi utilizado recursos educacionais como Caderno de Atenção ao Idoso, Cartilha de Alimentação Saudável ao Idoso, artigos sobre qualidade de vida e processo de envelhecimento. Considerações finais: O objetivo considera-se parcialmente atingido, pois apesar das limitações e do impasse sofrido para realizar os grupos, a equipe conseguiu se adequar as novas normas e avançar nas pesquisas para intervenções mais profundas.

Palavras-chave: 1. Atenção Primária de Saúde 2. Saúde do Idoso 3. Plano de Cuidado 4. Educação em Saúde 5. Promoção e Prevenção em Saúde

ABSTRACT

Introduction: The Intervention plan addresses the health promotion of the elderly in the Basic Health Unit Moreninha, in Paraná is the result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. The theme addresses problems that influence and confront healthy aging, especially those involving chronic comorbidities. It is known that acquiring comorbidities along the age is something natural and physiological of aging, however when uncontrolled and accompanied, they generate great damages to this process. Objectives: the main one addresses the theme of the project, which involves promoting health to the elderly in the territory, for that, specific objectives were addressed for this, such as: creating groups for the elderly; train the team on care for the elderly public; conduct a Global Assessment of the elderly to identify risks; promote quality of life through prevention thoughts. Method: action research was the method used in this plan, initially addressing knowing the territory and its indicators, in addition to the influences that contribute to these indicators. Based on that, a problem was prioritized and critical nodes were discussed, so that action plans could be proposed to achieve the main objective. Results and discussion: The plan cannot be carried out the way it was planned due to COVID-19, however the team adapted the project to be able to put some actions into practice. In the readaptation 40 elderly people participated, of which 17 were men and 23 women, anthropometric measures were taken that can suggest and characterize their nutritional status. In addition, actions with health professionals were also carried out with the 5 members of the team, in order to improve care for the elderly. Educational resources were used, such as the Elderly Care Notebook, the Healthy Eating Primer for the Elderly, articles on quality of life and the aging process. Final considerations: The objective is considered partially achieved, because despite the limitations and the impasse suffered to carry out the groups, the team was able to adapt to the new standards and advance in the research for deeper interventions.

Keywords: 1. Primary Health Care 2. Health of the Elderly 3. Care Plan 4. Health Education 5. Health Promotion and Prevention

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	21
Figura 2-AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO	22
Figura 4- ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO INCAPACITANTE	24
Figura 5- INCAPACIDADE COGNITIVA	25
Figura 6-AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE.....	25
Figura 7-AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO.....	26
Figura 8-COMPLEMENTAÇÃO DA AMI	26
Figura 9-CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA HAS	27
Figura 10- DIAGNÓSTICO DIABETES MELLITUS	28

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- AMOSTRA	35
GRÁFICO 2- ANÁLISE DA RESPOSTA Nº 2- MULHERES	35
GRÁFICO 3- ANÁLISE DA RESPOSTA Nº 2- HOMENS	36
GRÁFICO 4- IMC IDOSOS HOMENS.....	37
GRÁFICO 5- IMC IDOSAS.....	37
GRÁFICO 6- Circunferências nos idoso homens	38
GRÁFICO 7-Circunferências das idosas.....	38

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- QUESTIONÁRIO	33
QUADRO 2-IMC ADOTADO PARA O IDOSO	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- ETAPAS DA INTERVENÇÃO	30
Tabela 2- Fatores que afetam o controle de comorbidades crônicas.....	31
Tabela 3- Cronograma do grupo de idosos	32
Tabela 4- DCT e DCSE idosos homens.....	39
Tabela 5- DCT e DCSE idosas.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AMI- Avaliação Multidimensional do Idoso
AGA- Avaliação Geriátrica Ampla
SUS- Sistema Único de Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
DM tipo 2- Diabete Mellitus tipo 2
DCNT- Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
PES -Planejamento Estratégico Situacional
NASF- Núcleo Ampliado da Saúde da Família
ESF- Estratégia de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 PROBLEMA	17
2.1 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4 REVISÃO DE LITERATURA	19
4.1 ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA:.....	20
4.2 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO- AMI:	21
4.2.1 FUNCIONALIDADE GLOBAL:	22
4.3 DIABETE MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO	26
4.4 IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS DE APOIO	28
5 METODOLOGIA	29
5.1 DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
8 REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

O município de Santa Helena, localizada no estado de Santa Catarina possui cerca de 26.767 habitantes. Sua origem histórica deu-se em 1920, quando as primeiras famílias chegaram ao antigo Porto de Santa Helena. Desde então a cidade desenvolveu forte atividades ligadas a agricultura, principalmente em relação a erva-mate e madeira. Outro fato histórico, que marca sua política e impacta na economia é a construção da hidrelétrica de Itaipu, que alagou muitas terras, na qual a cidade recebe os royalties. Este último, por fim, promoveu grande avanço do setor industrial e turístico local. (IBGE, 2020; LANGARO, 2005, p.66)

Com a instalação da hidrelétrica e desenvolvimento de outros setores urbanos, a urbanização sobrepôs o território rural, 56% e 43%, respectivamente. (SOUZA, 2009, p.27).

Soma-se a esse contingente os brasiguaios e paraguaios advindos da fronteira, devido as precárias condições e principalmente a privatização dos serviços de saúde deste país grande parcela da população não teve acesso aos serviços de saúde, recorrendo aos serviços públicos brasileiros. Tem-se ainda, moradores das cidades circunvizinhas que acreditam que o município de Santa Helena tem melhores condições e prestam um serviço de saúde mais eficaz, refletindo-se em prejuízos na continuidade do cuidado preconizado pelo SUS, nos desfechos dos quadros clínico e lacunas nos dados epidemiológicos pois o paciente não se encontra mais no endereço informado.

Dentre o total de habitantes, 2.000 são pertencentes ao território abordado no presente projeto, o qual se trata da Unidade Básica de Saúde Moreninha. A Unidade, não faz parte do Programa Estratégia de Saúde da Família e por isso é composta por 1 médico, 2 técnicas de enfermagem, uma enfermeira e 1 recepcionista. Nesse sentido, enfrenta-se dificuldades como falta de espaço para consulta com enfermeira, a qual seria de grande ajuda principalmente nos pré-natais, para que houvesse de fato uma multiprofissionalidade e corresponsabilidade.

A vila Moreninha é basicamente rural, com boa estrutura socioeconômica, e predomínio da população idosa como o grupo mais assistidos, totalizando aproximadamente 576 pessoas nessa faixa etária, dos quais segundo os registros individuais do e-SUS AB apontam 174 hipertensos e 53 portadores de diabetes mellitus tipo 2.

2 PROBLEMA

O envelhecimento humano é uma realidade mundial. Desse modo, a mudança na composição etária da população, avançou com alterações em relação a morbimortalidade, na qual se verifica maior ocorrência de DCNT, as quais se destacam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM). (TAVARES,2013)

Diante disso, a transição demográfica em conjunto com a epidemiologia local, trouxe a necessidade de reconhecer e reforçar as dimensões dos serviços disponibilizados e necessários para os idosos, assim como o aumento da prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

Na zona rural, tais doenças podem apresentar peculiaridades, atribuídas a baixa adesão ao tratamento, a evolução das comorbidades e suas complicações e possíveis dificuldades no diagnóstico, principalmente pela resistência em abandonar o modelo centrado na doença e aderir ao novo modelo assistencialista que possui na prevenção um dos seus maiores pilares.

2.1 JUSTIFICATIVA

Como explicitado em parágrafos anteriores, a população idosa corresponde a 28,8% da população de Vila Moreninha, os quais são moradores da zona rural e possuem pensamento arcaicos, que se baseiam no modelo biomédico com atenção centrada na doença.

Atrelado a isso, a atualidade evidencia ansiedade e depressão como patologias do século, as quais quando combinadas com pensamentos curativistas procuram soluções imediatas em detrimento da prevenção.

Ainda, é sabido que o médico e a atenção devem estar em prol da medicina preventiva, sendo este o pilar da criação do SUS e por isso deve ter o intuito de formular ações que desenvolvam esse senso crítico nos usuários.

Esse intuito foi reforçado com a pandemia da COVID-19, no qual evidenciou ainda mais os idosos como população de risco e a preocupação que deve ser dada a esse seguimento da população. Ao mesmo tempo que a pandemia é um obstáculo na projeção e conclusão do trabalho proposto.

Outro motivo, justifica-se pelo aspecto econômico e político caracterizado pela transição demográfica que o Brasil está sofrendo, na qual o topo da pirâmide se alarga e a base se estreita, sendo por isso imprescindível intervir na qualidade de vida e promoção de saúde dos idosos.

Dessa maneira, a HAS e a DM constituem patologias que correm frequentemente com o avançar da idade, no entanto precisam ser monitorados e controlados pois são fatores importantes no aparecimento de doenças cardiovasculares, assim como influenciam na funcionalidade e autonomia do idoso, prejudicando o envelhecimento saudável.

O controle das DCNT está diretamente relacionado com o grau de adesão do paciente ao plano terapêutico e considerado, portanto, um dos maiores desafios da UBS Moreninha.

A configuração da Unidade de Saúde Moreninha, configura algumas desvantagens quando comparadas a unidades que possuem a Estratégia de Saúde da família, como a composição da equipe e o cadastramento das áreas atendidas. Nas UBS que não possuem o programa, a demanda espontânea confere a maior parte da agenda, assim como atendimento por encaminhamentos não possuem todas as informações que deveriam ter para o seguimento do usuário, dificultando assim o seu acompanhamento.

Por fim, esse fato implica no problema escolhido, uma vez que em uma região onde a maioria é idosa, com equipes reduzidas e patologias crônicas em evidência, novos modelos organizacionais precisam ser adotados para que consiga satisfazer a população e intervir positivamente na prevenção e controle de doenças.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor um programa de promoção de saúde para os idosos, na Unidade Básica de Saúde Moreninha, no município de Santa Helena/PR.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Criar grupos para idosos

Capacitar a equipe sobre atenção ao público idoso;

Realizar Avaliação Global dos idosos para identificação de riscos

Promover qualidade de vida por meio de pensamentos de prevenção.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. 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 (BRASIL, 2017).

Hoje as DCNT caracterizam-se por serem as doenças que mais demandam ações assistenciais nas unidades básicas de saúde. A ausência de ações programáticas com classificação de risco dos portadores de doenças crônicas pode ser responsável para desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde na unidade. (BRASIL, 2017)

As DCNT constituem problema de saúde pública, além de serem doenças preveníveis, passíveis de serem acompanhadas clinicamente para evitar que resultem na doença cardiovascular sintomática que, por sua vez, geram o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde. Em 2007, 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

Com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de conhecer sua prevalência. As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por

longo período, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível. (ALMEIDA,2002 p.756)

O grupo das DCNT compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população. (ALMEIDA,2002 p.746)

O prolongamento da vida, de fato, é uma aspiração de qualquer sociedade e deve ser comemorado amplamente. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve considerar sua capacidade funcional, necessidade de autonomia, participação, cuidado e autossatisfação. Também deve abrir campo para possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E ainda incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde das pessoas idosas (Veras, 2009 p. 548; Moreira, Santos, Couto, Teixeira, & Souza, 2013, p.27).

ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA:

Há diferenças notáveis entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas é consenso que a longevidade é um triunfo que todos querem alcançar. Uma das grandes diferenças entre esses países está na maneira com o que esse processo ocorre, nos primeiros associados a melhores condições de vida e nos segundos de forma rápida e desorganizada, na qual a saúde não está totalmente preparada para atender essa demanda emergente. (BRASIL,2006, p.11)

O Brasil vive a transição demográfica de maneira rápida, trazendo profundas consequências na infraestrutura das redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2012, p.10)

A taxa de envelhecimento na população brasileira é alta, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), 20.590.599 habitantes possuíam mais de sessenta anos de idade, correspondendo a 10,8% do total de brasileiros. (BRASIL,2012, p.10)

A contribuição determinante para esses fatos se refere a redução exorbitante na taxa de fecundidade somada a redução da mortalidade infantil, com o aumento da expectativa de vida. Estima-se que no ano de 2050, as crianças terão apenas

13,15% de representatividade quando em comparação com a população idosa que alcançará cerca de 22,71% da população total. (BRASIL,2012, p.14)

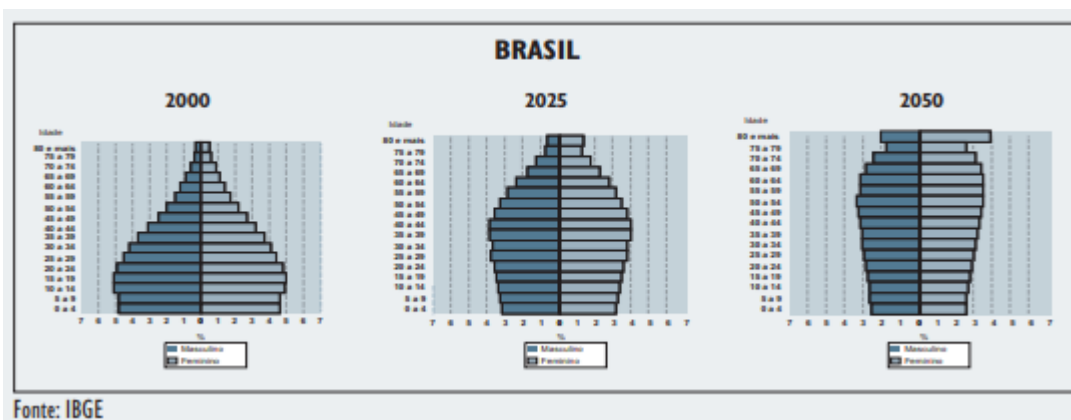
Dessa maneira as condições crônicas aparecem no cenário, pois tendem a se expressar com idade mais avançada e geralmente, acompanham outras comorbidades, podendo ocasionar em processos incapacitantes e impedindo o desempenho das atividades diárias de forma independente. (BRASIL,2006, p.15)

Na Atenção Básica de Saúde, o trabalho em equipe com ações na comunidade, atividades em grupos são de extrema importância nessa dimensão cultural e social. (BRASIL,2006, p.16)

Portanto, o conceito de saúde deve ser esclarecido, definindo-se como a capacidade de satisfação das necessidades e a realização de projetos e vontades e não apenas a ausência de doenças. (BRASIL,2012, p.21)

A funcionalidade global do indivíduo, ou seja, a capacidade do usuário sobre sua vida e autocuidado está diretamente relacionado ao conceito de saúde, quando se refere ao envelhecimento e saúde. (BRASIL, 2006, p.32)

Figura 1: ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA



4.1 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO- AMI:

Também conhecida como Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um processo multidimensional para diagnóstico da saúde do idoso, na qual a funcionalidade e a capacidade são seus componentes (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012, p.615-629).

Essa abordagem sistematizada reúne instrumentos que são capazes de avaliar os principais sistemas funcionais, os sistemas fisiológicos, contexto social do idoso e medicamentos em uso, com o intuito de planejar um projeto e plano de

cuidado que seja capaz de aumentar sua independência e autonomia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p.38)

O bem-estar reúne domínios que incluem aspectos biopsicossociais, na qual algumas patologias podem afetar diretamente esse ser em todas suas dimensões. Ademais, esses aspectos são influenciados pelo histórico e estilo de vida de cada indivíduo, além dos fatores ambientais e pessoais. (FARIAS; BUCHALLA, 2005, p.190)

É preciso entender que durante o processo de envelhecimento alterações estruturais e funcionais são normais, como exemplo pode-se citar a sarcopenia (redução da massa muscular), diminuição da composição hídrica corporal, redução da capacidade aeróbica. No entanto, confunde-se, na maioria das vezes, alterações normais como incapacidades, refletindo em restrição da participação social do idoso, que por sua vez reflete em depressão, alteração de humor, restrição alimentar e outros que aumentam a morbidade, comprometendo o envelhecimento saudável. (BRASIL, 2012, p.26)

Figura 2-AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO



FONTE: Moraes et al, 2016

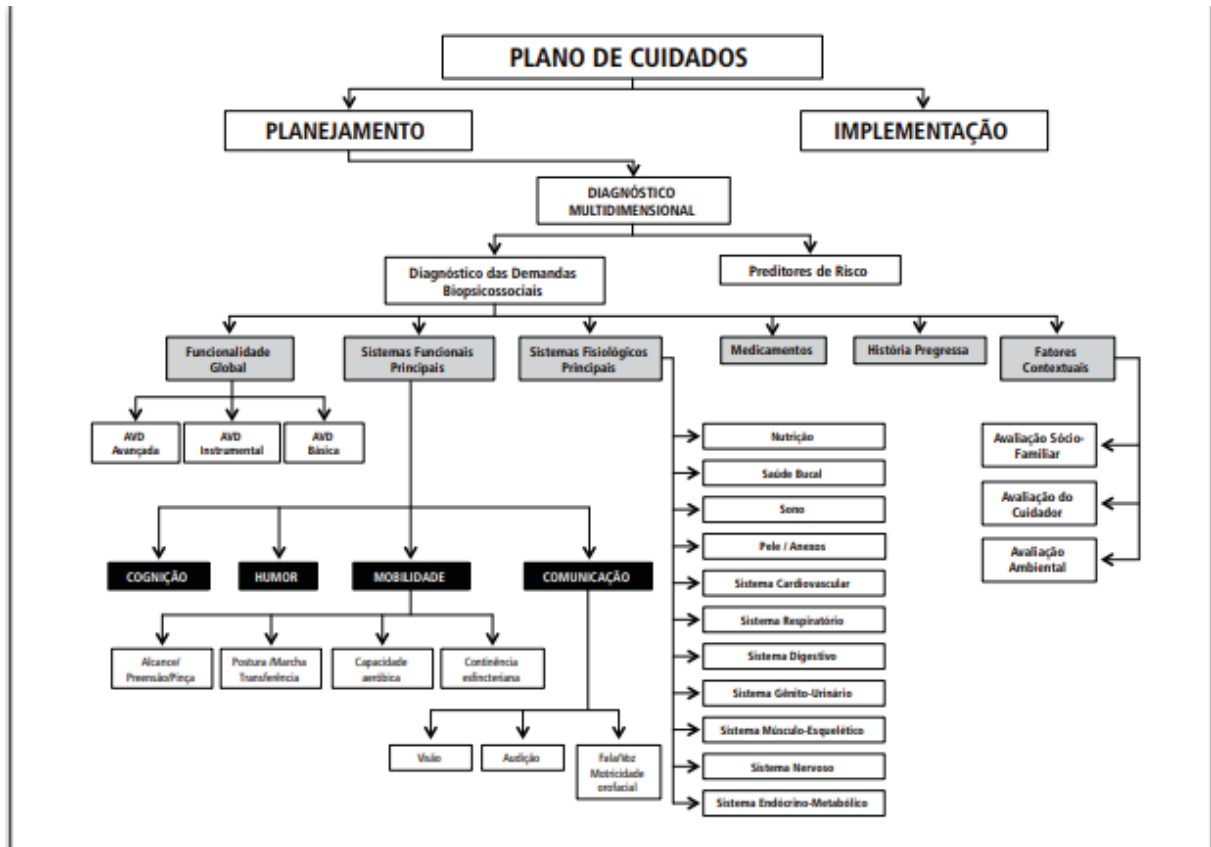
AVD: atividade de vida diária

4.1.1 FUNCIONALIDADE GLOBAL:

Essa avaliação possui respaldo através de atividades de vida diária instrumentais, básicas e avançadas, as quais podem ser avaliadas por escalas descritas por Katz et al (1963) e Lawton e Brody (1969). (VALTER; BIERHALS; AIRES; PASKULIN, 2015, p.190)

Ao avaliar essas funções e seu comprometimento pode-se pensar em doenças graves ou síndromes não tratadas e que não possuem sinais e sintomas típicos e deve propor uma ampla investigação clínica. (BRASIL, 2019, p. 49)

FIGURA 3 – DIAGNÓSTICO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

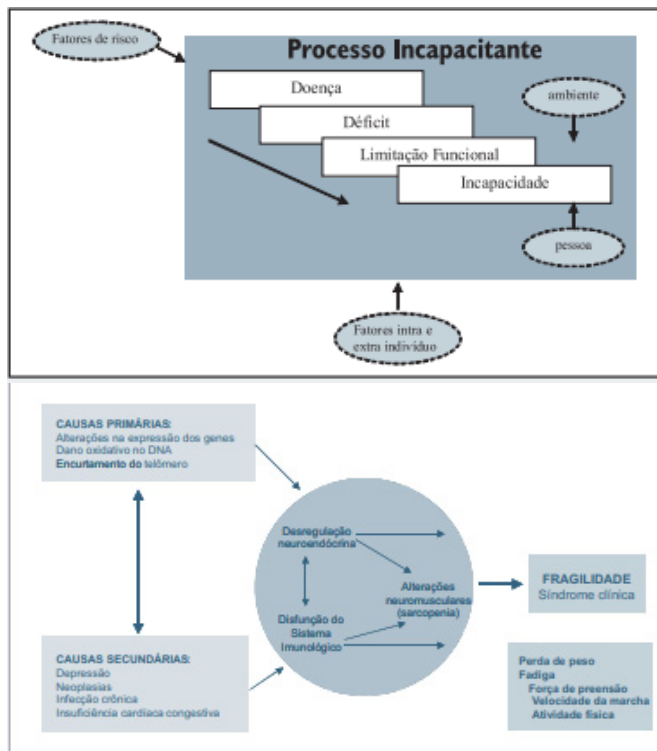


FONTE: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012.

Em seguida, é recomendado avaliar os principais sistemas funcionais: humor, cognição, comunicação e mobilidade. Essa avaliação inclui escalas e testes específicos de maneira simplificada, rápida e com resultados fidedignos. (MORAES, 2010)

É importante salientar que todos apresentam desvantagens e vantagens e não devem ser utilizados como critérios para diagnóstico e sim para nortear investigações profundas em uma próxima etapa. (MORAES,2010)

Figura 3- ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO INCAPACITANTE



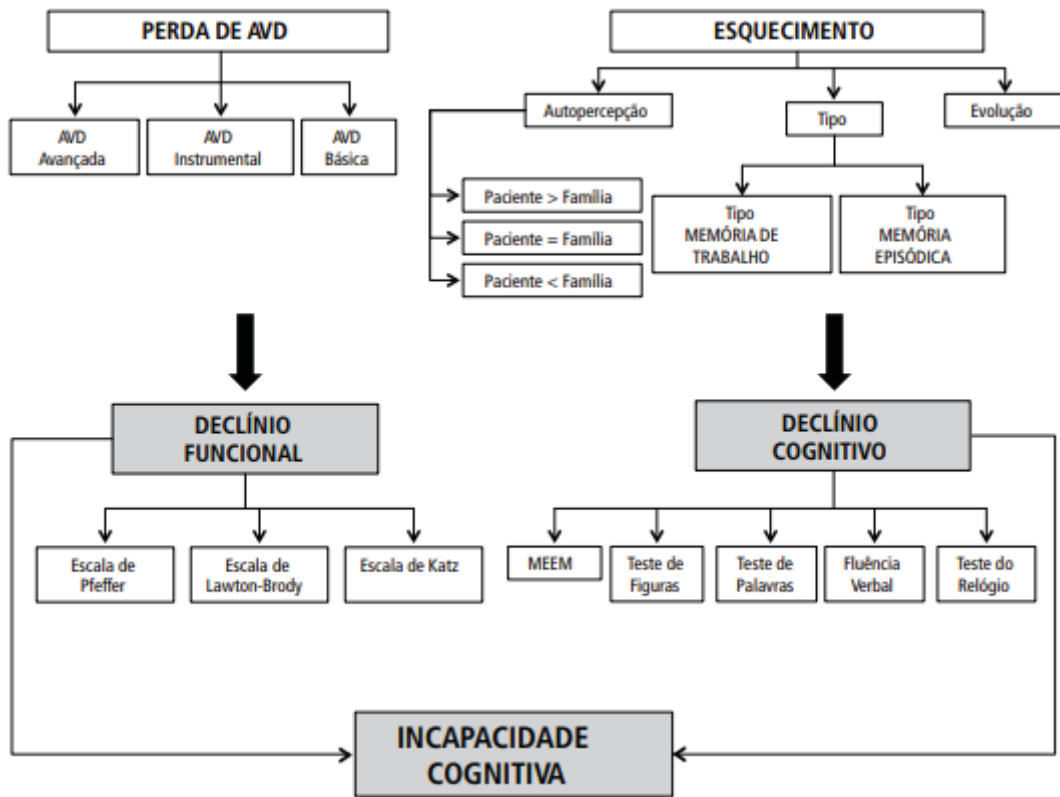
FONTE: BRASIL, 2006-Caderno Envelhecimento e Saúde, Ministério da Saúde.

Avaliar os sistemas fisiológicos principais como: saúde bucal, nutrição, sono, além de outros contextos que envolvem a funcionalidade global como lista de medicamentos, para evitar a polifarmácia e possíveis iatrogenias. (BRASIL, 2019)

No mais, a história diagnóstica pregressa e pessoal do idoso precisa ser levada em consideração, para que durante a avaliação seu modo de vida e costumes se relacionem com os resultados obtidos. (MORAES, 2010)

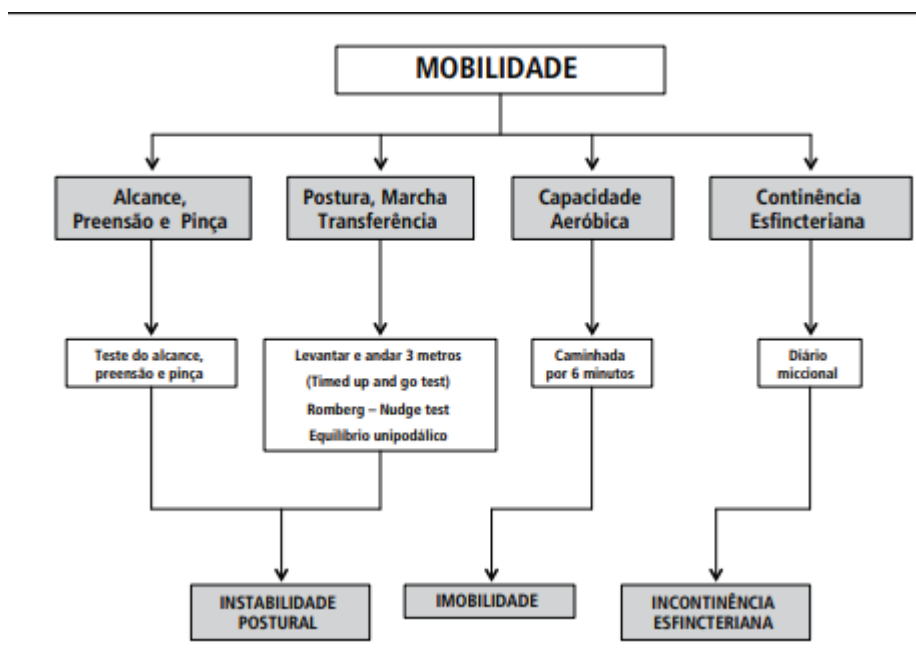
Os fatores contextuais como a avaliação sociofamiliar, do cuidado e a segurança ambiental, também se inserem na AGA, uma vez que fazem parte do contexto do idoso e são importantes para que decisões possam ser tomadas durante o planejamento de ações para melhoria da qualidade de vida do idoso em questão. (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012, p. 620)

Figura 4- INCAPACIDADE COGNITIVA



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006

Figura 5-AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006

Figura 6-AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO

Comunicação	Snellen modificado
	Teste do sussurro
	Avaliação da voz, fala e deglutição

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006

Figura 7-COMPLEMENTAÇÃO DA AMI

SISTEMAS FISIOLÓGICOS PRINCIPAIS	Saúde bucal	Miniavaliação da saúde bucal
	Avaliação Nutricional	Miniavaliação nutricional + IMC + Circunferência da panturrilha
	Sono	Rastreamento de distúrbios do sono
	Órgãos e sistemas	Pele/anexos, sistema cardiovascular, respiratório, digestivo, gênito-urinário, musculoesquelético, nervoso e endocrinometabólico
MEDICAMENTOS	Listagem dos medicamentos: nome, dose, posologia, duração	
HISTÓRIA PREGRESSA	Tabagismo, etilismo, sexualidade, atividade física, direção veicular, imunização, órtese, prótese, hospitalizações clínicas, cirurgias prévias, diagnósticos prévios e histórico de doenças heredofamiliares	
FATORES CONTEXTUAIS	Avaliação Sociofamiliar	Avaliação qualitativa
	Avaliação do Cuidador / Família	Anamnese familiar e Inventário de Sobrecarga de Zarit
	Avaliação Ambiental	Escala ambiental (risco de quedas)

FONTE: Moraes et al, 2016

4.2 DIABETE MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é um tema de grande importância na atualidade e se caracteriza por um grande problema de saúde pública. (BRASIL, 2006)

É uma doença muito prevalente entre a população idosa (entre 50 a 70%) e um dos maiores fatores de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. Com isso, é um determinante no processo de saúde- doença à medida que aumenta a morbimortalidade. No entanto, quando controlada adequadamente, é capaz de reduzir as limitações em idosos. (BRASIL, 2014)

Considerações a respeito da alteração pressórica nos idosos merecem ser explicadas (BRASIL, 2014):

A maior frequência de hiato auscultatório, entre o final da fase I e início da fase II de Korotkoff, pode mistificar a pressão sistólica do idoso;

Podem apresentar pseudo-hipertensão, na qual há uma falsa elevação da pressão arterial pelo enrijecimento natural das artérias durante o envelhecimento.

Figura 8-CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA HAS

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 100

Nota: quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

FONTE: BRASIL, 2013

É importante abordar, que alguns idosos não conseguem reduzir sua pressão abaixo de 140mmHg, mesmo aderindo regularmente ao tratamento, nesses casos tem-se que afastar outras causas e flexibilizar as metas de redução. (BRASIL, 2014)

O Diabetes Mellitus (DM), assim como a HAS aumenta sua incidência com o avançar da idade, possui alta morbimortalidade e acarreta na perda da qualidade de vida. (BRASIL, 2014)

São as principais causas de mortalidade decorrentes de complicações do DM: amputação de membros inferiores, doenças cardiovasculares, insuficiência renal, entre outros. (BRASIL, 2006)

Essa doença metabólica é caracterizada por hiperglicemia com consequente complicações em diversos órgãos-alvo, na qual a responsável por essa preocupação se associa principalmente (90%) com DM tipo 2. (BRASIL, 2014)

Figura 9- DIAGNÓSTICO DIABETES MELITTUS

ESTÁGIO	GLICEMIA JEJUM (mg/dl)	TTG 75 g 2h (mg/dl)
Normal	< 110	< 140
Hiperglicemia intermediária (Pré-diabetes)	≥ 110 - 125 Glicemia de jejum alterada	140 - 199 Tolerância diminuída à glicose
Diabetes Mellitus	≥ 126	≥ 200

FONTE: BRASIL, 2013

No idoso, DM é um achado, geralmente, decorrente de infecções, manifestações de complicações a longo prazo ou exames de rotina que não estão buscando por diabetes. (BRASIL, 2014)

4.3 IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS DE APOIO

A chave para o envelhecimento saudável se relaciona intimamente com a capacidade de aceitar as mudanças que a idade revela, de modo que entendam que suas limitações não são obstáculos grandes em uma terceira idade bem-sucedida. (JOIA, RUIZ, DONALÍSIO, 2008, p.194)

As circunstâncias sociais, pessoais e culturais que adentram as mudanças físicas e mentais precisam ser entendidas e aceitas pela sociedade e indivíduos, para uma velhice ativa. (ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO, 2006)

A Organização das Nações Unidas (2011), propôs alguns pontos para o envelhecimento satisfatório dos quais prioriza a prevenção e promoção da saúde física e psíquica, ofertas educativas e culturais e integração social dos idosos.

Com o crescente envelhecimento da população e as aposentadorias, os números de universidades, cursos e grupos para terceira idade cresceram no Brasil, redefinindo atitudes e comportamentos dos idosos. (SPOSITO, DIOGO, CINTRA, NERI, GUARIENTO, SOUSA, 2010, p.85)

Nos grupos de apoio, que podem ser oferecidos como estratégia complementar das unidades de atenção básica, são alternativas na qual os idosos podem buscar melhorias físicas e mental, a partir de trocas de experiências, palestras para autoconhecimento e exercícios físicos. (TEIXEIRA, 2008, p.90)

Dessa forma, os grupos são uma maneira de inclusão social, um resgate da autonomia compartilhado com a saúde. Segundo o autor, Almeida et al (8), esses

grupos ajudam a terceira idade conquistar qualidade de vida, melhora no humor, autonomia, autoestima e voz social. (SOUSA, GALANTE, FIGUEREDO, 2003, p.367)

Ainda, quando abordamos esse assunto em comunidade rurais, como o caso de Santa Helena, são grandes aliados para o empoderamento dessa faixa etária, ao levar em consideração que possuem situação de maior vulnerabilidade por barreiras de acesso, entraves geográficos, econômicos, culturais e sociodemográficos. (NOGUEIRA, 2013, p.1358)

Alguns estudos feitos por Van Leuven (2010) e Almeida & Soares (2010) demonstraram que as práticas coletivas, são ótimas estratégias de promoção de saúde para idosos, no geral descrevem em comunidade urbanas, mas levando em consideração aspectos semelhantes na evolução o envelhecimento, embora haja barreiras maiores de acesso à saúde para as comunidades rurais, é possível prever que os benefícios de tal prática possam ser colhidos por idosos rurais.

5 METODOLOGIA

Remete a elaboração de uma proposta de intervenção com abordagem de pesquisa-ação, baseada em registros da UBS, dados da Secretária Municipal de Saúde e fundamentada pelo Planejamento Estratégico Situacional, proposto por Campos, Faria e Santos (2010).

A partir disso, em uma reunião realizada em julho de 2020, na qual foi elencado as principais demandas de intervenção que abordam o território, assim como seu diagnóstico situacional e posteriormente foi priorizado “A promoção de saúde dos idosos”, o qual possui alta governabilidade e parâmetros de avaliação cabíveis a UBS e sua equipe de saúde. As principais demandas foram elencadas a partir de registros da UBS, dados epidemiológicos locais e percepções da equipe.

Do mesmo modo foi realizado os diagnósticos do território, no entanto ao levar em consideração que a equipe não possui Agente Comunitários de Saúde, as percepções foram mais técnicas e menos profundas quanto ao modo de viver e relações dos usuários no seu cotidiano.

Após priorizado o problema, foram identificados os nós críticos, que são passíveis de intervenção e significam pequenas causas que geram consequências na qual afetam ainda mais o alvo aqui descrito. Sendo assim, ao resolver os nós críticos, atinge-se a meta principal.

Os nós críticos selecionados, são aqueles que visam alcançar os objetivos específicos e com isso serão propostas intervenções para solucionar os mesmos:

QUADRO 1- NÓS CRÍTICOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS

NÓS CRÍTICOS/CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
1. Ausência de grupos para idosos	Carência no controle de doenças crônicas Pouca interação entre idosos e a equipe Não criação de vínculo para promover hábitos saudáveis Irregularidade no tratamento e as consultas
2. Precariedade de qualificação da equipe em relação a saúde do idoso	Falta de vínculo e confiança Irregularidade no tratamento

FONTE: AUTOR,2021

A intervenção, por sua vez, foi planejada em equipe com estabelecimentos de metas e princípios organizacionais de modo a favorecer resultados resolutivos e de grande valor para Vila Moreninhas. Contudo, fora respaldada por uma revisão de literatura e pesquisas bibliográficas que permitiram embasamento para propor soluções ao problema.

Em síntese a elaboração do projeto abordou as seguintes etapas:

Tabela 1- ETAPAS DA INTERVENÇÃO

ETAPAS
Realização do diagnóstico situacional por meio do qual foram identificados os problemas existentes na comunidade e a partir disso houve a priorização do problema que será abordado “Grande prevalência de DCNT em idosos”;
Elaboração do projeto com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Campos, Faria e Santos (2010)
Revisão e pesquisa bibliográfica para fundamentar a discussão.
Elaboração do plano de ação
Recrutamento dos materiais e recursos necessários

Avaliação dos resultados

*Fonte: Autor,2021

5.1 DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Utilizou-se a microgestão da Unidade de Saúde Moreninha para realizar a integralidade do cuidado e atender as demandas curativas e intervencionistas do ponto de vista biopsicossocial dos usuários idosos da zona urbana de Santa Helena-PR, para recuperar a saúde.

Quando se relaciona ao idoso o plano de cuidado deve ser multidisciplinar e interdisciplinar centrado no paciente. Apesar da UBS não ser inclusa no Programa de Estratégia de Saúde da Família a equipe se reuniu no dia 24 de julho de 2020 com o intuito de realizar ações educativas que visem melhorar a saúde do idoso da região, visto que esses representam não apenas uma parcela significativa dessa localidade, mas também do país.

Nessa reunião foi proposto um modelo de organização que visem minimizar os impactos de uma equipe pequena, mas com um território relativamente grande, ao passo que possuem um pensamento conservador advindo de suas bases educativas.

A partir disso, identificou-se a necessidade de iniciar um grupo com os idosos que possuem hipertensão e diabetes, visto que são comorbidades que atrapalham o desenvolvimento do envelhecimento saudável e apresentam considerável parte das demandas, na qual a maioria não se encontra controlada.

Para tanto, foi discutido quais seriam as possíveis causas que afetam o não controle da doença, que são expostas a seguir:

Tabela 2- Fatores que afetam o controle de comorbidades crônicas

Base alimentar rica em carboidratos e lipídeos
Pensamentos centrado na doença
Não entendimento da doença

Fonte: Autor,2021

Com isso foi proposto criar grupo para realizar rodas de conversas para abordar tais assuntos e sua importância no contexto das doenças crônicas e sua relação com o envelhecimento saudável. Para ir além, durante a realização das palestras seria realizado avaliação global do nos idosos presentes, medidas antropométricas e controle de receitas.

O controle de receitas, assim como sua renovação foi uma estratégia utilizada para que os usuários comparecessem as reuniões, como meio de facilitar os meios de controle da equipe e suas intervenções, uma vez que não há agentes comunitários de saúde presentes na equipe.

Sendo assim, a enfermeira e a médica da UBS ficaram encarregadas das responsabilidades do grupo de idosos e a equipe técnica de enfermagem e as recepcionistas auxiliaram na busca ativa e na divulgação do início do grupo, avisando os pacientes que seria necessário comparecer no dia do grupo para renovar as receitas.

A renovação de receitas acontece as terças e quintas no período da tarde e por isso o grupo foi agendado para esse mesmo dia e período, uma vez que os pacientes já estavam acostumados com esse agendamento.

Recursos como o Caderno de Atenção ao Idoso, Atenção à Saúde do Idoso e Diretrizes de Cuidados a Pessoas com Doenças Crônicas foram usadas para respaldar as rodas de conversas.

O cronograma montado pela equipe é exposto a seguir:

Tabela 3- Cronograma do grupo de idosos

DATA	PALESTRA
07/09/2020	Introdução sobre envelhecimento saudável
09/09/2020	O que são doenças crônicas?
14/09/2020	Como as doenças crônicas e o envelhecimento se relacionam
16/09/2020	A importância do estilo de vida no processo de envelhecimento
21/09/2020	Como preparar os alimentos
23/09/2020	Atividade física no processo de envelhecimento
05/10/2020	Fatores que influenciam no controle de HAS e DM tipo 2

07/10/2020	Dia reservado para ouvir dúvidas e experiências
12/10/2020	Dia reservado para abordar as dúvidas do encontro anterior
14/10/2020	A importância da saúde preventiva para uma vida saudável

Fonte: Autor,2021

Por fim, ao final de cada encontro uma folha, mediante autorização e com anonimato seria respondido pelos usuários presentes, com as seguintes questões:

QUADRO 1- QUESTIONÁRIO

DATA: _/_/_	PERGUNTAS:
<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMININO
1. O que a senhor(a) entende por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2? É uma doença grave? Escreva com suas palavras	
2. Quais ingredientes e alimentos estão presentes no almoço e jantar na sua casa, pelo menos 3 vezes na semana? <input type="checkbox"/> arroz <input type="checkbox"/> feijão <input type="checkbox"/> batata <input type="checkbox"/> alface e tomate <input type="checkbox"/> farinha <input type="checkbox"/> mandioca <input type="checkbox"/> Bolos <input type="checkbox"/> pão <input type="checkbox"/> açúcar <input type="checkbox"/> macarrão <input type="checkbox"/> pizza <input type="checkbox"/> hamburguer <input type="checkbox"/> carne vermelha <input type="checkbox"/> Frango/peixe <input type="checkbox"/> óleo de soja <input type="checkbox"/> ovo	
3. O (a) Senhor (a) pratica alguma atividade física? <input type="checkbox"/> SIM, qual? Quantas vezes na semana? <input type="checkbox"/> NÃO	
4. Quantas vezes no ano o(a) senhor (a) procura a UBS?	

Esse questionário final tem o intuito de observar os resultados ao longo dos 2 meses na qual se realizou as palestras e direcionar próximas intervenções para as lacunas.

A segunda atividade foi pensada para minimizar os paradigmas vividos pela equipe, uma vez que a mesma possui grandes responsabilidades, no entanto possui poucos membros para realizar intervenções grandes quando comparada a equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Pensando nisso, enfermeira ficou responsável por desenvolver ações com a equipe para reduzir as lacunas e potencializar as ações de cuidado aos idosos. A ausência de educação continuada para os profissionais de saúde promove

consequências grandes para o acompanhamento e tratamento dos usuários, além de gerar prejuízos na construção do vínculo.

Ficou acordado que quinzenalmente por 2 meses seriam discutidas pautas, respaldadas por artigos sobre qualidade de vida do idoso, Caderno de Atenção à Saúde do Idoso e indicadores de saúde do território e do município para melhorar o acolhimento e a aderência aos tratamentos, de modo a reduzir os agravos e danos à saúde.

Os cursos realizados na plataforma da Universidade Federal do Paraná em especialização em Medicina de Família e Comunidade também foi levado em consideração e realizado com todos os profissionais, priorizando atenção ao idoso.

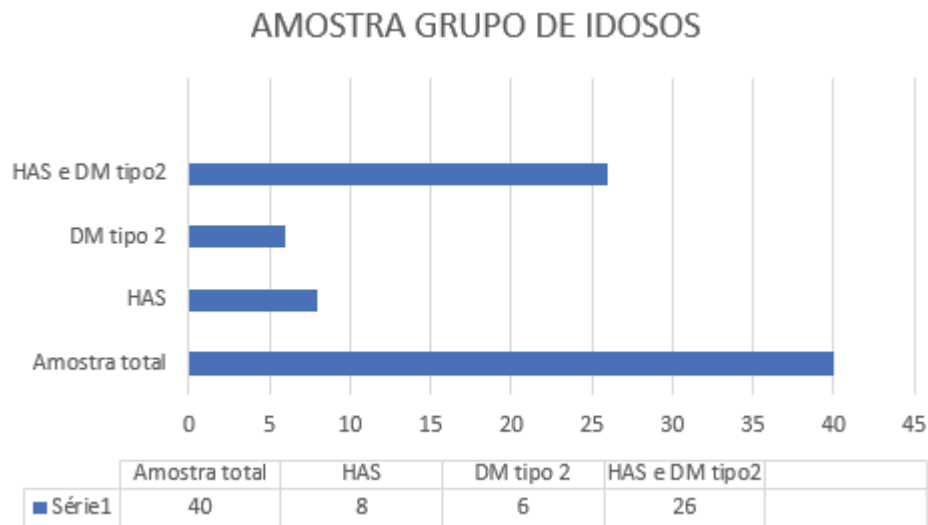
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O advento do Covid-19 no ano de 2020 atrapalhou a apresentação dos resultados diante das recomendações feitas pelo Ministério da Saúde, com isso o grupo de idosos não pode ser realizado visto que estes são grupo de risco. No entanto, visando driblar esse impasse, durante as renovações de receitas as perguntas e os dados antropométricos foram colhidos. Apesar das palestras não poderem ter sido realizadas para conscientização, durante as consultas orientações foram dadas com a mesma intenção.

Entre os pacientes idosos, 227 se mesclavam entre HAS e DM tipo2. Em um intervalo de 2 meses, entre setembro e outubro foram realizadas 12 consultas para renovação de receitas. Outro desafio, diz respeito ao fato que as receitas de uso contínuo duram cerca de seis meses e por isso a demanda em pandemia foi reduzida, além das receitas que poderiam ser renovadas por via digital.

Diante disso a amostra foi pequena, contabilizando cerca de 40 pacientes, dos quais 26 possuíam Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, 8 possuíam apenas HAS e os demais possuíam apenas DM.

GRÁFICO 1- AMOSTRA



Em relação as perguntas respondidas, foi esclarecedor para futuras intervenções, mais precisas em determinados assuntos. A amostra de 40 idosos, 17 eram homens e o restante mulheres. Os homens em suas totalidades responderam que não sabem sobre a gravidade, em relação as mulheres 50% disseram entender a gravidade e as demais relataram não saber.

Essa pergunta confirma que não entender a doença e sua gravidade afeta diretamente no tratamento e controle de doenças crônicas.

A segunda pergunta é representada no gráfico a seguir:

GRÁFICO 2- ANÁLISE DA RESPOSTA Nº 2- MULHERES

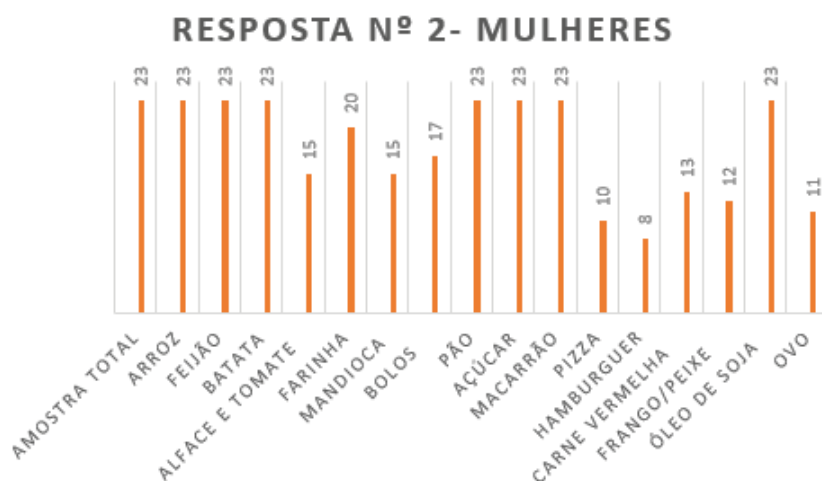
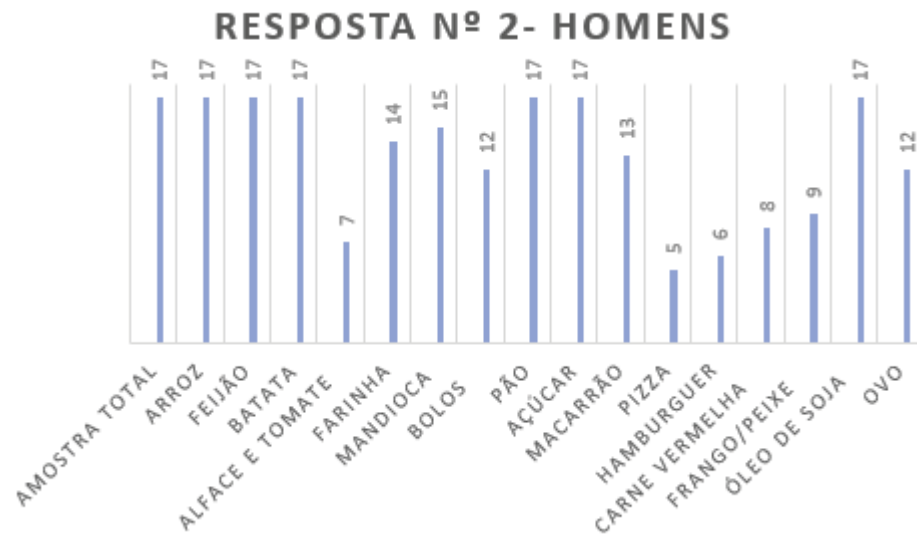


GRÁFICO 3- ANÁLISE DA RESPOTA Nº 2- HOMENS



A partir da análise desses gráficos, conclui-se que a base alimentar é rica em carboidratos e lipídeos assim como a base alimentar brasileira. No entanto, é um fator prejudicial para manutenção e controle das doenças crônicas.

A Cartilha do Idoso para uma alimentação saudável (2010, p.3) afirma que alimentação é um direito e inclui-se na promoção de saúde e, portanto, uma alimentação desregrada, rica em gorduras e carboidratos, sal e açúcares pode resultar em comorbidades, atrapalhando o desenvolvimento de um envelhecimento saudável.

Em relação as medidas antropométricas os dados não puderam ser comparados entre “antes e depois” devido a pandemia do COVID-19, no entanto contribuiu para identificar possíveis alterações nutricionais como obesidade e desnutrição, além de risco cardiovascular.

Os dados antropométricos aferidos foram: IMC, circunferência do braço e da panturrilha e abdominal, dobra cutânea tricipital (DCT) e dobra cutânea subescapular (DCSE).

As medidas dos idosos homens e mulheres apresentaram os seguintes resultados:

QUADRO 2-IMC ADOTADO PARA O IDOSO

IMC	Classificação do estado nutricional
< 22 kg/m ²	Desnutrição
22 - 27 kg/m ²	Eutrofia
> 27 kg/m ²	Obesidade

Fonte: NSI, 1994

GRÁFICO 4- IMC IDOSOS HOMENS

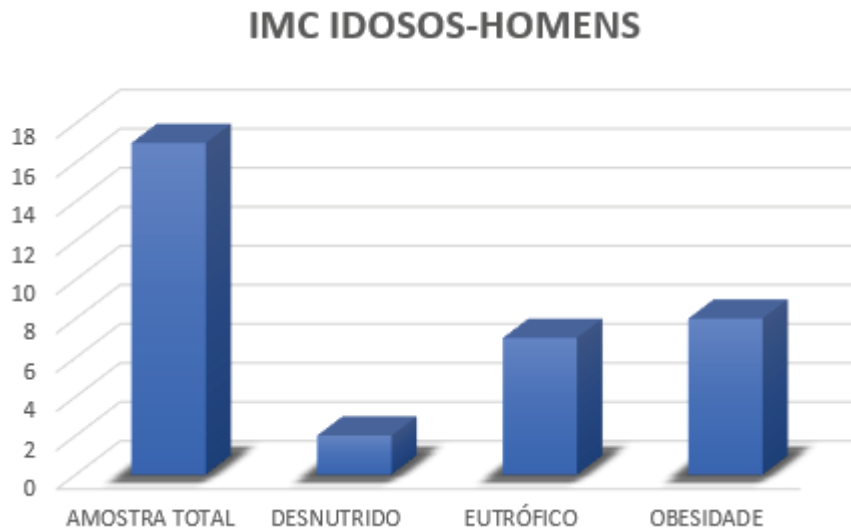
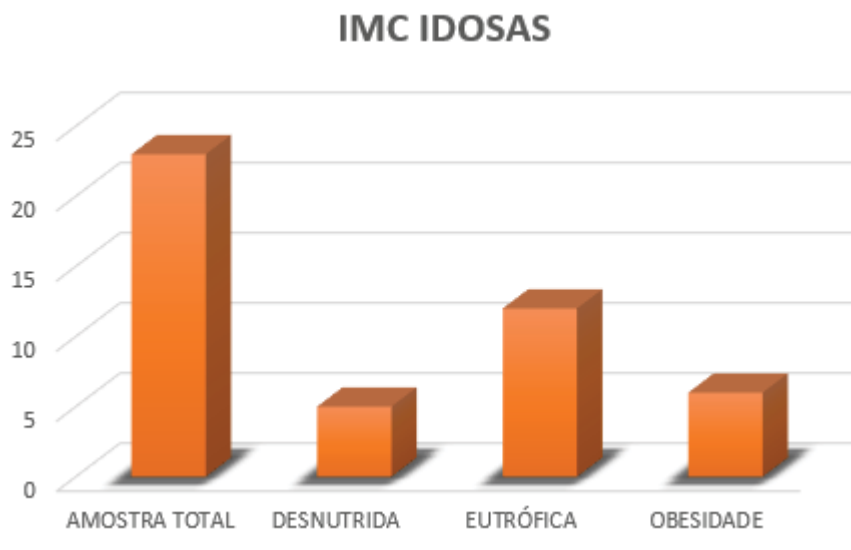


GRÁFICO 5- IMC IDOSAS



O gráfico dos idosos mostra que 2 estavam desnutridos, 7 estavam eutróficos e 8 apresentavam obesidade. O gráfico feminino apresenta a maioria das mulheres eutrófica, 5 desnutridas e 6 em estado de obesidade.

O Índice de Massa Corporea (IMC) quando apresenta resultados superiores a 27kg/m^2 pode indicar risco aumentado para doenças cardiovasculares, doenças crônicas como câncer e Diabetes Mellitus. O oposto, quando os valores são menores que 22kg/m^2 pode indicar doenças infecciosas e fome. Os valores podem se associar também com os alimentos escolhidos nas refeições e sua forma de preparo. (CORDEIRO, 2003 p. 18)

GRÁFICO 6- Circunferências nos idosos homens

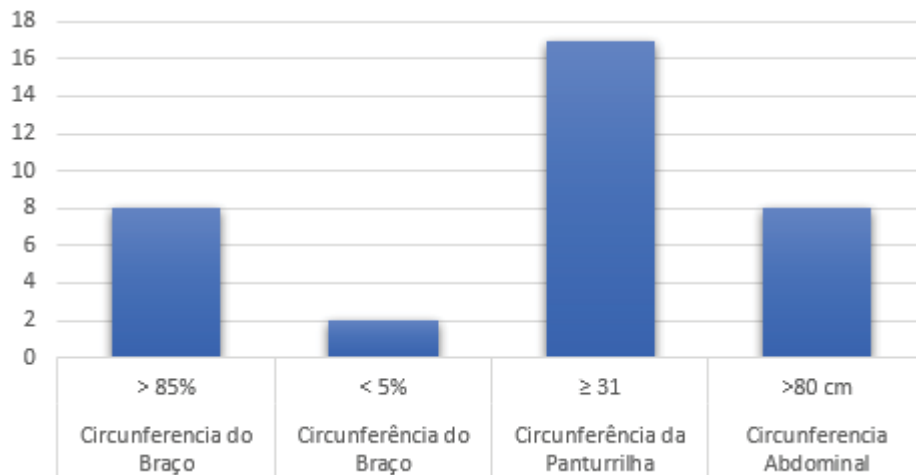
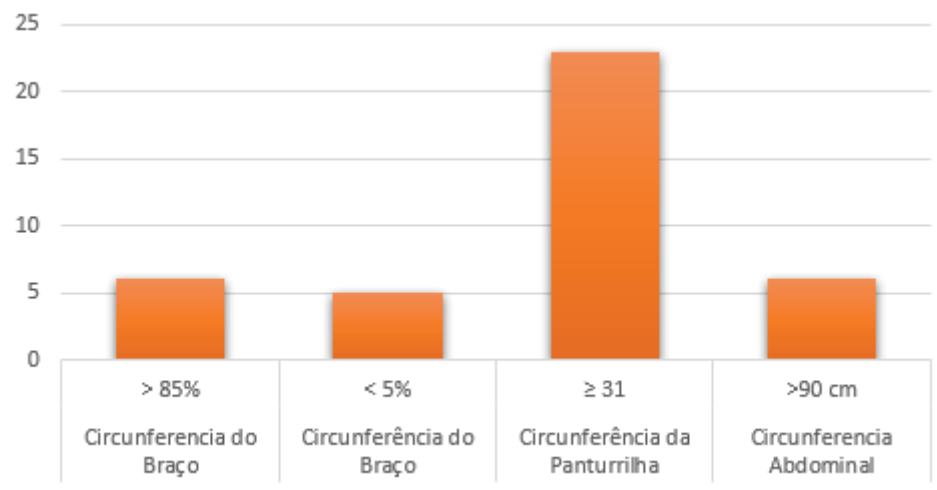


GRÁFICO 7- Circunferências das idosas



A Circunferência do Braço (CB) é utilizada como indicador de reserva calórica e proteica, é realizada no braço esquerdo. Sua classificação é feita por percentil, valores menores que 5% indicam desnutrição e maiores que 85% indicam obesidade (CORDEIRO, 2003 p. 18). No caso dos idosos do sexo masculino, 2 apresentaram percentil menores do que 5% e 8 maiores do que 85% e as idosas demonstraram 5 abaixo de 5% e 6 acima do percentil 85%, reafirmando os idosos que apresentaram obesidade e desnutrição com o IMC.

A Circunferência abdominal acima de 80cm para homens e 90 cm para mulheres indica possível aumento de risco cardiovascular em indivíduos com obesidade.

Tabela 4- DCT e DCSE idosos homens

Dobra cutânea tricipital	< 5%: 2 idosos > 85%: 8 idosos
Dobra cutânea subescapular	< 5%: 2 idosos > 85%: 8 idosos

Tabela 5- DCT e DCSE idosas

Dobra cutânea tricipital	< 5%: 5 idosas > 85%: 6 idosas
Dobra cutânea subescapular	< 5%: 5 idosas > 85%: 6 idosas

A DCT e DCSE possuem a mesma lógica das circunferências, medindo as reservas calóricas e proteicas e assim distinguindo estados nutricionais de excesso e de escassez.

Em relação a segunda atividade proposta com os profissionais de saúde, os resultados foram surpreendentes, pois toda equipe compareceu as reuniões levando materiais para a discussão e pontos de dúvidas para serem melhorados na UBS.

Vale destacar que as reuniões para educação continuada ajudaram a pensar e desenvolver em projetos futuros para outros problemas identificados, como na saúde da criança e da mulher. A pesquisa e intervenção foi uma porta de entrada para que a equipe mostrar que apesar das diversas lacunas na saúde observada em uma zona rural, pequenas atitudes fazem a diferença, sendo estas responsabilidades da equipe da Unidade de Atenção Básica Vila Moreninha.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos impasses do ano de 2020 em relação ao COVID-19, no qual limitou as atividades e intervenções, especialmente com grupos de risco como os idosos, possibilitou a capacidade da equipe de ir além do esperado para conseguir concluir os objetivos propostos.

Não foi uma tarefa fácil, pois somada as restrições impostas a UBS moreninha não faz parte da Estratégia de Saúde da Família, não possuindo todo o respaldo com Agentes Comunitários de Saúde que as demais possuem, assim como apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). No entanto, a equipe

composta pela enfermeira, técnicas, médica e recepcionista souberam ter gestão de tempo e organização para que mesmo diante dos percalços parte do projeto fosse colocado em prática.

Foi nítido como a organização e disposição da equipe foi um mecanismo facilitador das atividades. Houve empenho coletivo, assim como cautela para que todas as medidas fossem respeitadas.

Por fim, o projeto incentivou e estimulou que novas intervenções futuras possam ser feitas, pois apesar das dificuldades com trabalho em equipe e participação da comunidade, pequenas intervenções podem mudar hábitos de vida e impactar em indicadores de saúde.

8 REFERÊNCIAS

Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Rev C S Col* 2002; 7(4):743-56.

Almeida SP, Soares SM. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl. 1:1123.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.*, New York, v. 60, p. 616-631, 2012.

Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *DOU*, 21/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: <http://goo.gl/cWY4DY>. Acesso em: 21 dez 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos da Atenção Básica, n. 36).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006

BRINK, t. L.; YESAVAGE, J. A. Somatoform disorders: differentiation of conversion, hypochondriacal, psychophysiologic, and related disorders. *Postgrad. Med.*, Minneapolis, v. 72, p. 189-194, 196, 198, July 1982.

Cordeiro RG, Moreira EAM. Avaliação nutricional subjetiva global no idoso hospitalizado. *Rev Bras Nutr Clin*. 2003; p.18

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, v. 8, p. 187-193, 2005.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Envejecimiento activo. Libro blanco. Madrid: IMSERSO; 2011 [acesso em 11 nov 2020]. Disponível em: http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libro_blanco_ea_nov11.pdf.

Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2008;17(3):187-94.

Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [Internet]. Brasília, DF: MS; 2014 [acesso em 15 dez 2020]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2014. [acesso em 15 DEZ 2020] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf

Moraes EN, Lanna FM. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium; 2016

MORAES, E. N. Avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte: Folium, 2010

Moreira, R.M., Santos, C.E.S., Couto, E.S., Teixeira, J.R.B., & Souza, R.M.M.M. Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. São Paulo (SP): Revista Kairós Gerontologia, 16(1), 27-38, 2013. Disponível em: URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>.

Najas MS, Nebuloni C C Avaliação Nutricional In: Ramos LR, Toniolo Neto J . Geriatria e Geontologia. Barueri: Manole; 2005. 1ª ed. p 299.

Najas, MS; Pereira FAI. Nutrição em Gerontologia. IN: Tratado de Geriatria e Gerontologia 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005. 1180-1187

Nogueira ALG, Munari DB, Santos LF, Oliveira LMAC, Fortuna CM. Therapeutic factors in a group of health promotion for the elderly. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(6):1358

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA PESSOA IDOSA. /Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

OSELKA, Gabriel et al. Geriatria: guia de vacinação. Rio de Janeiro, RJ: SBGG, SBlm, 2013. Disponível em: Acesso em: 20 dez 2020

População estimada: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2020

Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional. Alimentação Saudável- Cartilha para o Idoso. Belo Horizonte, 2010 p 2-28. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smaab/cartilhas/allimentacao_saudavel_idoso.pdf Acesso em: 10 de jan 2021

Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Rev Saúde Pública [Internet] 2003 [acesso em 21 DEZ 2020];364-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866>.

SOUZA, Dayse Maria Morais e (Org.). A Prática diária na Estratégia Saúde da Família. Juiz de Fora: UFJF, 2011. 462 p. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pr%C3%A1tica-di%C3%A1ria-na-estrat%C3%A9gia-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em: 21 DEZ 2020

Sposito G, Diogo MJDE, Cintra FA, Neri AL, Guariento ME, Sousa MLR. Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. Rev Bras Fisioter 2010: 81-9.

Tavares DMS, Paiva MM, Dias FA, Diniz MA, Martins NPF. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. Rev. LatinoAm. Enfermagem [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0515.pdf]. mar.-abr. 2013. Acesso em: 11 out. 2020

Teixeira INDAO, Neri AL. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. Psicol USP 2008:81-94.

Valer DB, Bierhals CCBK, Aires M, Paskulin LMG. The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2015 [acesso em 15 dez 2020];18(4):809-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/1809-9823-rbgg-18-04-00809.pdf>

Van Leuven KA. Health practices of older adults in good health. J Gerontol Nurs 2010;36(6):38-46.

Veras, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública, 43(3), 548-554, 2009.

Visser M, Heuvel EVD & Deurenberg P. Prediction equations for the estimation of body composition in the elderly using anthropometric data. Br. J.Nutr. 1994;71:823-33.

Waldman BF. Envelhecimento bem-sucedido: uma metodologia de cuidado a pessoas com diabetes mellitus [tese de Doutorado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.