

SUZY CARLA SILVA NOBRE

*Programa de Mestrado Profissional em
Administração - Gestão em Sistemas de Saúde
(PMPA-GSS) - Universidade Nove de Julho
(UNINOVE).*

BRENDA HELORA TEIXEIRA COUTO

Universidade Estácio de Sá - São Paulo.

RENATO RIBEIRO NOGUEIRA FERRAZ

*Programa de Mestrado Profissional em
Administração - Gestão em Sistemas de Saúde
(PMPA-GSS) - Universidade Nove de Julho
(UNINOVE).*

GUNTHER MONTEIRO DE PAULA GUIRADO

*Programa de Pós-Graduação - Universidade de
Taubaté (UNITAU) - Taubaté, SP.*

ANDERSON SENA BARNABÉ

*Departamento de Saúde - Universidade Nove de
Julho (UNINOVE) - São Paulo, SP.*

FRANCISCO SANDRO MENEZES RODRIGUES

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
- São Paulo, SP.*

PAOLO RUGGERO ERRANTE

*Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo,
SP.*

*Recebido em junho de 2017.
Aprovado em agosto de 2017.*

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150
Boqueirão - Santos - São Paulo
11050-071

<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep>
revista.unilus@lusiada.br

Fone: +55 (13) 3202-4100

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM RELAÇÃO AOS IDOSOS
ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE
JUNDIAÍ - SP**

RESUMO

Introdução: A cada ano, cerca de 650 mil novos idosos são incorporados à população, notando-se uma necessidade de reestruturar os modelos de saúde para acolher essa população idosa tanto com medidas coletivas como individualmente, em prol de priorizar, recuperar, promover saúde em todas as suas dimensões. **Objetivo:** Avaliar as ações e o conhecimento dos profissionais acerca da atenção à saúde do idoso em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Jundiaí-Sp. **Método:** Estudo descritivo de corte transversal, através da aplicação de questionários de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família Modificado, aplicados aos representantes de 37 unidades de saúde, 13 Unidades Mistas (10 com EACS e 3 com PSF), 5 Unidades de ESF, e 19 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, realizado no período de fevereiro a março de 2016. **Resultados:** Observou-se que 62% das UBS desenvolvem ações coletivas; 41% desenvolvem atividades educativas; 54% apresentam registro dos idosos atualizado; 57% apresentam vacinação em dia; apenas 38% apresentam exame da cavidade oral como rotina; 40% possuem acompanhamento pela Saúde Bucal sistematicamente; 84% não realizam o exame da superfície corporal sistematicamente na rotina; 68% intervêm na capacitação de cuidadores domiciliares; 62% negam intenções apropriadas para detecção precoce de demências; 51% dos profissionais conhecem a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI); 89% negam capacitação para desenvolvimento das ações da PNSPI; 76% não atuam na identificação de incapacidades; 86% realizam visita domiciliar. **Conclusão:** Através da avaliação das ações na atenção à saúde do idoso percebemos que há déficits internos nas Unidades de Jundiaí, perante suas práticas profissionais.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde. Avaliação. Conhecimento. Saúde do Idoso. Unidades Básicas de Saúde.

**EVALUATION OF KNOWLEDGE AND IDENTIFICATION OF HEALTH
PROFESSIONALS ACTIONS REGARDING ELDERLY PERSONS AT BASIC
HEALTH UNITS OF JUNDIAÍ CITY - SP, BRAZIL**

ABSTRACT

Introduction: Each year, about 650 thousand new elderly are incorporated into the population, needing to restructure the health models to accommodate the elderly population both collective measures and individually, in favor of prioritizing, retrieve, promote health in all its dimensions. **Objective:** To evaluate the actions and knowledge of professionals about the health care of the elderly in Basic Health Units (BHU) of Jundiaí - SP. **Method:** A descriptive cross-sectional study, through the application of evaluation questionnaires for Health Strategy Quality Improvement Family Modified applied to representatives of 37 health facilities, 13 Mixed Units (10 with EACS and 3 with PSF), 5 Units ESF, and 19 Basic Units of Traditional Health, held from February to March 2016. **Results:** It was observed that 62% of UBS develop collective actions; 41% develop educational activities; 54% have updated record of the elderly; 57% present vaccination day; only 38% have complete oral examination as a routine; 40% have monitoring by the Oral Health systematically; 84% did not do the examination of the body surface systematically in routine; 68% involved in the training of home care workers; 62% deny appropriate intentions for early detection of dementia; 51% of the professionals know the National Health Policy for the Elderly (PNSPI); 89% deny training for development of the shares of PNSPI; 76% do not help to identify disabilities; 86% carry out home visits. **Conclusion:** By evaluating, the actions in health care for the elderly realize that there are internal deficits in Jundiaí units, before their professional practices.

Keywords: Health Management. Evaluation. Knowledge. Health of the Elderly. Basic Health Units.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo de início impreciso, gradual, progressivo e intrínseco à vida, desafia todas as dimensões. Trata-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, com interferências de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. É notável que esse processo exige medidas políticas, sociais e econômicas urgentes principalmente devido ao impacto que o envelhecimento causa sobre a saúde, a pessoa, sua família e toda a sociedade (ASSIS, 2005; MACHADO, 2006). Essas perspectivas são facilmente visualizadas e entendidas analisando o censo demográfico de 2010, cuja população brasileira é de 190.755.199 milhões de pessoas e o contingente de pessoas idosas, de 60 anos ou mais, chega a 20.590.599 milhões. Sendo assim, a população idosa representa 10,8 % da população total brasileira (IBGE, 2011).

Realizando uma projeção para 2020, Kuchemannb (2012), afirma que a população idosa brasileira será de 30,9 milhões, representando 14% da população total, ocupando assim, o sexto lugar na classificação mundial. Essa alta taxa de crescimento da população idosa, fez com que, ao compararmos com o crescimento da população jovem, apresentasse um crescimento oito vezes maior que a população jovem. Essa transição demográfica, não só no Brasil, mas mundialmente, tem trazido implicações importantes em todas as áreas da sociedade, principalmente na saúde, devido à maior frequência de comorbidades e maior incidência de declínio funcional (LOURENCO et al, 2012).

De acordo com Camacho e Coelho (2010), os adequados enfrentamentos dessas demandas requerem uma reorientação, uma reorganização dos serviços de saúde, investindo-se, sobretudo, na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde. Percebe-se que a desinformação sobre a saúde do idoso, assim como as particularidades e desafios advindos deste envelhecimento populacional, ainda representam um grande déficit na saúde pública em nosso contexto social (OMS, 2005).

Portanto, é necessário, frente a essa desinformação, identificar, reconhecer as políticas públicas de saúde desenvolvidas, afinal elas são objeto de nossa atenção para o cuidado ao idoso, entre elas: a Política Nacional do Idoso - Lei 8.842 de 1994; Portaria 702 de 2002 que cria mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS); Portaria 703 de 2002 que estabelece no âmbito do SUS o Programa de assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer; Protocolo de Tratamento da Doença de Alzheimer - Portaria n.º 843 de 2002; Estatuto do Idoso - Lei 10.741 de 2003 e, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - Portaria n.º 2.528 de 2006 (CAMACHO; COELHO, 2010).

Dentro da Política Nacional do Idoso (PNSI) cria-se o Conselho Nacional que passa a dispor sobre os cuidados de saúde direcionados a este grupo populacional, que propõe o atendimento as especificidades deste grupo, e ações que promovam o envelhecimento saudável, a manutenção ou reabilitação da capacidade funcional, provém assistência às necessidades de saúde, apoia o desenvolvimento de cuidados informais e capacitação de recursos humanos especializados, além de estudos e pesquisas na área (VEIGA; MENEZES, 2008). Outra política de saúde, que merece ser enfatizada, é o Estatuto do Idoso, que prescreve diretrizes para o cuidado, com objetivos de prevenção e manutenção da saúde deste grupo populacional, no qual o Estado compartilha responsabilidades com a sociedade civil - família e comunidade; e deve gerir prioritariamente ações que garantam o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade; ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Portanto, compreender e agir neste cenário torna-se um grande desafio acadêmico e político (PEDRO, 2013).

Contudo, apesar de diversas políticas de saúde conquistadas pelo idoso, é necessária a apropriação, através de treinamentos e capacitações continuadas, principalmente para aqueles que atuam na rede de atenção básica, de modo que se adequem

às necessidades e especificidades da população idosa. Lembrando que, desde o princípio, acredita-se que a esfera pública tem um papel primordial neste processo de envelhecimento (PEDRO, 2013; CAMACHO; COELHO, 2010). Dessa forma, conhecendo o fato de que a população idosa de Jundiaí é elevada, analisar o conhecimento dos profissionais para prestar uma atenção digna e integral às necessidades de saúde dos idosos é imprescindível.

OBJETIVO

Avaliar o conhecimento e as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde da atenção básica da cidade de Jundiaí - SP acerca do processo de envelhecimento populacional vivenciado no referido município.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, realizado no município de Jundiaí, localizado no Estado de São Paulo, com uma população estimada de 397.965 habitantes. Segundo o Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE), o município tem um grande índice de idosos, equivalendo a 13,3%, enquanto que a média nacional é de 8%. A pesquisa foi conduzida em todas as unidades de atenção básica à saúde da prefeitura do município de Jundiaí- SP, no período de fevereiro a março de 2016, totalizando 37 unidades, sendo 13 Unidades Mistas (10 com EACS e 3 com PSF), 5 Unidades de ESF, e 19 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, foram incluídas em nossa amostra representantes de cada Unidade, totalizando 37 gerentes/responsáveis das EACS/PSF/UBS. Os dados para a realização desta pesquisa foram obtidos através de questionários de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família Modificado - Parte II - Saúde de Idosos, no qual se avaliou se nas Unidades de saúde havia: ações coletivas de socialização, promoção da saúde/melhoria da qualidade de vida, atividades educativas (entre elas orientação sobre o estatuto do idoso), dados sobre a população idosa adstrita naquela área de abrangência e controle de vacinação, assim como rotina estabelecida de exame de cavidade bucal, exame da superfície corporal, ações de identificação de incapacidades, intervenções junto às famílias (como capacitações), intervenções apropriadas para detecção precoce de demências, e se os profissionais tinham conhecimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e capacitação para desenvolver ações propostas por essa Política.

Nenhuma informação que pudesse identificar as UBS onde essa pesquisa foi realizada ou os pacientes que participaram do estudo foi divulgada. Este trabalho foi registrado no Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí, por obedecer às diretrizes previstas pela resolução 496/2012 do CNS quanto aos seus aspectos éticos e legais. Os profissionais de Saúde concordantes quanto à participação do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), forneceram dados sobre as ações estratégicas na atenção à saúde do idoso das respectivas unidades de saúde, de acordo com questionário elaborado para esta finalidade.

Na avaliação dos resultados, as variáveis categóricas foram apresentadas por suas frequências relativa e absoluta, sem a aplicação de testes estatísticos mais apurados. Já as variáveis numéricas foram apresentadas por medida de tendência central seguida de sua respectiva medida de dispersão. Para os cálculos, foi utilizado o software Microsoft Excel®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Deste estudo, obteve-se 37 questionários respondidos pelos representantes das Unidades de Saúde do município de Jundiaí - SP, sendo que 35 eram enfermeiras e 2 eram dentistas.

A primeira pergunta avaliava a realização de ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos, por meio de grupos de convívio ou outras atividades na comunidade, tais como: visitas a espaços culturais, passeios, festas, etc., com 62% dos participantes respondendo que sim, desenvolvem atividades de socialização do idoso.

Na mesma linha, o segundo questionamento era se realizavam atividades educativas com os idosos, abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso, com resultado de 41% afirmando que executam tal atividade.

A literatura relata que o trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família com ações coletivas de socialização, as atividades em grupo, são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. Aliados ainda a uma educação em saúde, sobre Estatuto do Idoso, direitos/deveres se torna uma atividade indispensável de orientação a esses idosos (MS, 2007).

Quando indagadas a respeito de possuírem registro atualizado dos idosos da área, 46% responderam que não possuem, e 54% afirmaram que tem esse registro de seus idosos.

Essa informação é mais facilmente apresentada pelas unidades de Estratégias de Saúde da Família, pois estas possuem um registro de informação sistemático, chamado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é composto de fichas que estruturam o trabalho das equipes e que produzem dados que são utilizados para realizar o Cadastramento, Acompanhamento Domiciliar e Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações das pessoas adscritas nos territórios das unidades. Assim, uma unidade que não possui este sistema dificilmente consegue estimar o número total de idosos de sua área (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

Com relação à vacinação em dia dos idosos, 57% responderam que sim, os idosos de sua área estão com a vacina em dia, e os outros 43% disseram que não.

A situação vacinal da pessoa idosa também deve ser inquirida de forma sistemática, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) institui, em todo o território nacional, os calendários de Vacinação, inclusive do idoso. O PNI inclui nas ações de prevenção das doenças evitáveis por imunização na população acima de 60 anos as vacinas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde: antipneumocócica e antigripal. A vacina contra influenza ou gripe é realizada anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, assim como a vacina contra pneumococo, esta última, nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, como casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, tendo um reforço cinco anos após a dose inicial (ICICT - FIOCRUZ).

Outra vacina administrada no idoso é vacina dupla adulto (Dt - contra difteria e tétano) realizada a cada dez anos podendo ser reforçada em cinco anos no caso de ferimentos considerados "sujos" (MS, 2007).

Na quinta pergunta, sobre a avaliação do exame da cavidade oral nos idosos, e a sexta questão sobre o acompanhamento sistemático pela Saúde Bucal, 38% responderam que realizam o exame da cavidade oral de rotina e 40% relatam que os idosos são acompanhados sistematicamente pela Saúde Bucal.

Como enfatizado por Moreira et al (2005), a saúde bucal merece atenção especial pelo fato de que, como a população adulta, os idosos também possuem altos níveis de edentulismo e alta prevalência de doenças periodontais e cáries, porém na prática dos profissionais de ensino superior (com exceção do dentista), o exame da cavidade não é tão focado, e sabemos que é extremamente importante realizá-lo, assim como a investigação dos fatores de risco, que aliás, podem incidir em diversas doenças inclusive o câncer bucal.

Com relação a realizar de maneira sistemática o exame da superfície corporal dos idosos 16% indagam que essa é uma prática rotineira em sua unidade, e 84% relatam que não realizam sistematicamente.

O exame físico dos idosos como rotina estabelecida no serviço tem grande importância e deve ir além da avaliação clínica, promovendo a saúde e prevenindo as doenças. Afinal, sabemos que os idosos são mais susceptíveis a desenvolver limitações e manifestar as chamadas “Síndromes Geriátricas”, como imobilidade, incontinência, uso incorreto de medicação, alterações cognitivas, perda de peso e depressão. Com apenas 16% de afirmação sobre a realização do exame físico sistemático, alerta-se para a necessidade dos profissionais que ainda não executam tal ação se adequarem para o rastreio e acompanhamento do idoso (LUZ et al 2011; DIOGO, 2000).

Na avaliação das intervenções junto às famílias dos idosos em casos indicados, 68% referem realizar essas ações, com 32% de negativa.

A parceria entre os serviços de saúde, os profissionais e o cuidador, é imprescindível, como já determina a Política de Atenção à Saúde do idoso, promovendo um apoio eficaz, pois sabemos que a capacidade do cuidador em atender o idoso tende a se fragilizar frente à falta de acolhimento, vínculo e orientação da equipe de saúde (FERNANDES; FRAGOSO, 2005).

As intervenções devem se fundamentar nas necessidades características de cada cuidador ou família, contemplando atividades práticas, de auxílio e orientação no cuidado; informações sobre a doença/dependência do idoso (identificação de anormalidades e como enfrentá-las); adaptações necessárias no ambiente que o idoso se encontra; além de disponibilizar um acolhimento dos sentimentos, das experiências, das dificuldades, estímulo para o autocuidado, avaliando o sono, repouso, nutrição, atividade física, socialização, diminuição do estresse (MS, 2007).

Na atividade de detecção precoce de demências no idoso, 38% afirmaram realizar essa intervenção, e 62% relatam não desenvolverem uma intervenção apropriada para essa prática.

Ramos et al (2009) define a demência como o comprometimento adquirido da memória associado a um prejuízo em pelo menos uma das outras funções cognitivas da linguagem, gnosis, praxias ou funções executivas, que interferem na capacidade funcional, desempenho social ou profissional do indivíduo.

Como esclarece Guerreiro (2010), o diagnóstico precoce das demências na fase pré-clínica é fundamental para o diagnóstico, para o prognóstico e para o tratamento. Os profissionais da atenção básica são os mais indicados para isso, embora alguns estudos revelem que a demência é sub diagnosticada neste nível de atenção. Isto se deve à limitação de tempo e à falta de hábito na utilização de testes de rastreio, porém essa detecção é uma prioridade na saúde pública, pois a incidência da demência no idoso é alta.

De acordo com o relato da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Academia Brasileira de Neurologia, no estudo realizado na zona urbana do interior de São Paulo, a prevalência variava de 1,6%, na faixa de 65 a 69 anos, até 38,9%, acima de 84 anos (RAMOS et al, 2009).

Com relação à Política Nacional do Idoso (PNSPI) 51% mencionam conhecer essa proposta, e 49% desconhecem a política. Agora, sobre o questionamento de ser capacitado para desenvolver ações propostas por esta Política, 89% responderam que nunca foram capacitados para tal.

Pôde-se perceber que há um elevado déficit de conhecimento sobre a PNSPI, é necessário um conhecimento profundo desta política, como ela é, e o que ela determina na íntegra, visto seu respeitável avanço. Porém, também é claro que o Sistema Único de Saúde ainda é falho em muitos aspectos e há muito o que se fazer para que possamos ter respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas da população idosa (LUZ et al, 2011).

Barros, Maia e Pagliuca (2011), mencionam que conhecer as particularidades envolvidas no acompanhamento do idoso facilita identificar as especificidades solicitadas nesta faixa etária. Tratar de uma patologia no idoso é diferente de tratar

a mesma doença em uma pessoa jovem, por este motivo a capacitação se torna algo primordial. Complementando, Luz et al (2001), realça que essas informações/divulgação sobre a PNSPI é uma diretriz da própria PNSPI para que os profissionais possam atuar na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

As ações sistemáticas de identificação de incapacidades da população idosa são realizadas em 24% dos serviços de acordo com as respostas, e 76% manifestam não realizam essas ações.

A questão levantada sobre a identificação de incapacidades é de suma importância na avaliação do idoso, pois como relata Schneider, Marcolin e Delacorte (2008), em seu estudo, um quarto dos idosos são afetados por alguma incapacidade funcional, porém possuindo uma breve avaliação já se pode diagnosticar e tratar esses problemas que muitas vezes passam despercebidos pelos profissionais, já que não são relatados espontaneamente ou não contemplam a queixa principal.

Realizada de forma sistematizada, a identificação de incapacidades revela em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma das atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVD), permitindo um planejamento assistencial mais adequado e específico (MS 2007).

Por fim, a realização de visitas domiciliares acontece em 86% dos serviços, ficando 24% sem realizar.

Esse apoio domiciliar é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade, conforme o Ministério da Saúde, as ações de saúde, realizadas no domicílio compreendem ações sistematizadas, articuladas e regulares; pautam-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde; destinam-se a atender as necessidades de saúde de um determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária; utiliza-se de tecnologia de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento); desenvolvem-se por meio de trabalho em equipe; devem ser desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família ou pelos profissionais que atuam na Atenção Básica no Modelo Tradicional (FERNANDES, FRAGOSO, 2005).

CONCLUSÃO

Percebe-se que mesmo existindo políticas de saúde, protocolos para uma atenção integral e mais qualificada, os profissionais não se apropriaram profundamente disto, explicitando uma necessidade de capacitação, de um suporte, para que, de fato, a Política Nacional de Saúde do Idoso, assim como outras políticas, sejam realmente implantados e efetivados na prática. No Pacto pela Vida, que possui em suas prioridades a atenção à saúde do idoso, ele já determina como diretrizes a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na saúde do idoso. Apesar de termos Unidades de Saúde com grupos, atividades, atendimentos clínicos, assistência domiciliar, é visto, uma necessidade de equipe interdisciplinar e com ela, uma organização do processo de trabalho, para que alcancem uma assistência integral ao envelhecimento.

De modo geral, foi possível ter uma visão do que é realizado em prol da saúde do idoso na Atenção Básica, identificando tanto ações estratégicas importantes, como também, déficits relacionados a prática. É primordial entender que a assistência ao idoso na atenção básica envolve organizar os serviços para ações capazes de reverter os indicadores de saúde, principalmente os que ocasionam incapacidades e levam a deficiência ou a baixa funcionalidade da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Mônica. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Revista APS, v.8, n.1, p. 15-24, 2005

BARROS, Terezinha Barbosa; MAIA Evanira Rodrigues; PAGLIUCA Lorita Marlina Freitag. Facilidades e Dificuldades na Assistência ao Idoso na Estratégia de Saúde da Família. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 12, n. 4, 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística - IBGE. Sinopse dos resultados do Censo 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [citado 2011 dez 02]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>. Acesso em: 15 de janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília- DF 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em:

<<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=polit>>. Acesso em: 10.04.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em:

10.04.2015.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal; COELHO, Maria José. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Rev. Bras. Enferm, v. 63, n. 2, 2010.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 630p. 2005.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; FRAGOSO, Kyldery de Melo. Revista de atenção Primária à Saúde, v.8, n.2, 2005.

FERREIRA, Virgílio Moraes; RUIZ, Tania. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. Rev. Saúde Pública, v. 46, n. 5, 2012.

GUERREIRO Manuela. Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. Rev Port Clin Geral, v.26, n.1, 2010.

KUCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Rev. Soc. Estado, v. 27, n. 1, 2012.

LOURENCO, Tânia Maria et al. Capacidade funcional no idoso longo vivo: uma revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm, v. 33, n. 2, 2012.

LUZ, Larissa Almondes et al. Avaliação das ações estratégicas na atenção à saúde do idoso em Unidades Básicas de Saúde de Teresina-PI. Rev. bras. Med. Fam. Comunidade, Florianópolis, 2012.

MACHADO, José Mário Tupinã. Tomada De Decisão Na Atenção Ao Paciente Muito Idoso Hospitalizado. 2006. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Conhecimento de idosos sobre seus direitos. Acta paul. Enferm, vol.23, n.4, 2010.

MOREIRA, Rafael da Silveira et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, 2005.

OMS - OPAS, Envelhecimento ativo: uma política de saúde, 2005.

PEDRO, Wilson José Alves. Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo. Revista Kairós Gerontologia, v.16, n.5, p.9-32, 2013.

RAMOS, AM et al. Demência do Idoso: Diagnóstico na Atenção Primária à Saúde. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade Academia Brasileira de Neurologia 2009.

SHNEIDER Rodolfo Herberto; MARCOLIN Daniel; DELACORTE Roberta Rigo. Avaliação funcional de idosos. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2008.

VEIGA, Kátia Conceição Guimarães; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008.