Universidade Salga do de Oliveira

Disciplina: Saúde Coletiva

Catia machado

Elaine Marins

Kennia Amaral

Nathalya Aguiar

Tatiane Farias

Thais Azevedo

Programa Saúde do Idoso

São Gonçalo

2014

Universidade Salga do de Oliveira

Disciplina: Saúde Coletiva

Catia machado

Elaine Marins

Kennia Amaral

Nathalya Aguiar

Tatiane Farias

Thais Azevedo

Programa Saúde do Idoso

São Gonçalo

2014

Sumário

1. Introdução
2. Objetivo
3. Justificativa
4. Metodologia
5. Programa Saúde do Idoso
6. Diretrizes atribuídas ao idoso
7. Aplicabilidade do programa
8. Modelos de Atenção á Saúde do Idoso
9. Planos de cuidados
10. Atribuições dos profissionais de enfermagem no atendimento ao idoso
11. Considerações Finais
12. Referencias Bibliográficas
13. Introdução

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

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

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

A Organização exerce papel fundamental na melhoria de políticas e serviços públicos de saúde, por meio da transferência de tecnologia e da difusão do conhecimento acumulado por meio de experiências produzidas nos Paises-Membros.

O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade ≥ 60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira.

Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada a forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida.

Assim, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicara a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social.

(MENDES, 2011)

Na área da saúde, essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois e responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais”, resultando em maior e mais prolongados uso de serviços de saúde. Logo, o conceito de saúde deve estar claro. Define-se saúde como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças. A maioria dos idosos e portadores de doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou a restrição da participação social.

Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando os papeis sociais. O foco da saúde este estritamente relacionado à funcionalidade global do individuo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa e considerada saudável quando e capaz de realizar suas atividades sozinhas, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças (MORAES, 2009).

Bem-estar e funcionalidade são equivalentes. Representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o individuo cuide de si e de sua vida. A própria portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica”

(BRASIL, 2006).

1. Objetivos

* Conhecer as normas do programa saúde do idoso e seus princípios.
* Analisar o profissional de enfermagem no atendimento ao idoso.

1. Justificativa

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

Justifica - se que, das situações apresentadas, compreender que humanizar os cuidados de enfermagem ao paciente idoso, deve estar relacionado ao profissionalismo e atitudes éticas, no sentido de tentar rever papeis, valores e conhecimentos, e a percepção de que humanizar, não significa exatidão técnica, destreza manual na realização dos procedimentos, até porque isso vem com o tempo, é uma questão de treinamento e prática.

1. Metodologia

Transpassa de uma pesquisa qualitativa, descritiva, bibliográfica.

Costuma ser como holística que se preocupa com seu indivíduo em todas as complexidades naturista sem qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador. Este tipo de pesquisa baseia - se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios autores.

1. Programa Saúde do Idoso

São muitos os desafios que nos aparecem junto com o envelhecimento da população,

mas o que devemos ter em mente é que é preciso garantir ao idoso sua total integração com a comunidade. Esse processo de envelhecimento influencia em vários aspectos, desde mercado de trabalho, assistência médica, pensões até a organização da família, porém deve ser visto como algo natural e que não pode se evitado, não é uma doença, por isso precisa ter também uma intervenção da sociedade como um todo e não apenas de médicos e Estado.

A importância da Constituição Federal de 1988 – que foi decisiva para que a Assistência Social deixe de ser analisada a partir de uma visão assistencialista, passando a ser vista como um direito do cidadão. Assim, o país procurou se adequar a essa nova concepção, mesmo que ainda sejam necessárias algumas mudanças, no que diz respeito à efetivação desses direitos. A Política Nacional do Idoso criou normas para os

direitos sociais dos idosos, garantindo-lhe autonomia e integração.

Assim, a Política Nacional do Idoso objetiva promover a longevidade com

qualidade, não só para aqueles que já atingiram a velhice, mas também àqueles que ainda irão alcançar tal etapa de vida.

Essa Política estabelecida pela Lei n.º 8.842/94 visa à integração, a autonomia e

a participação efetiva dos idosos na comunidade, não apenas porque esse segmento

influencia o mercado consumidor, as políticas orçamentárias, o sistema de saúde pública e outros setores essenciais da sociedade, mas porque também são sujeitos de direito,

portanto portadores de dignidade. A realização da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento pela Organização das Nações Unidas, em 1982, foi importante para a criação dessa política, além de São Luís – MA, 23 a 26 de agosto 2005 proporcionar a inserção na Constituição Federal de 1988 de institutos formais de proteção à velhice.

Tal lei foi uma reivindicação da sociedade, resultado de diversas discussões, que contou

também com a participação de idosos na elaboração do documento que se tornou texto base da lei. Mas o que se pode perceber, não é uma aplicação eficiente da legislação, o que pode estar relacionado a um aspecto que é característico das políticas públicas no Brasil: ser centralizadora e segmentadora. O resultado disso são programas desarticulados, prejudicando os mais interessados nesta questão, a terceira idade.

O que falta na Política Nacional do Idoso é uma especificação, ou seja, critérios que

deixem claro, a punição daqueles que discriminarem, desprezarem ou tiverem qualquer outro tipo de preconceito em relação ao idoso. Existem até mesmo contradições ao se estabelecer quem é idoso, pois existe certa “confusão” entre a Constituição Federal, a Política Nacional do Idoso e o Código Penal, na questão de idade, pois instituem como idoso, respectivamente, o cidadão que possui: 65 60 e 70 anos.

O principal objetivo da Política Nacional do Idoso é criar condições para garantir a

longevidade do idoso com o máximo de qualidade de vida, suas ações não são somente para quem já envelheceu, mas também para aqueles que chegarão a esta etapa da vida.

Às entidades públicas, fica o dever de incentivar a criação de locais de atendimento

aos idosos, como centros de convivências, casas-lares, oficinas de trabalhos, que os apoie principalmente em sua reinserção no mercado de trabalho.

“A Política Nacional do Idoso trouxe consigo várias conquistas, que servem para a construção de serviços e ações diferenciadas de atendimento ao idoso, concebido como sujeito de direitos. Essa política já está posta, mas é preciso transformá-la em prática profissional. A realidade ainda consegue ser muito perversa quando se trata da velhice. Muitos ainda são excluídos e não têm garantido o mínimo para sua sobrevivência. Outros, inseridos num processo de envelhecimento precoce não encontram nenhuma perspectiva de vida futura. Acabam-se os sonhos, perdem-se as esperanças. Portanto, não cabe somente aos profissionais, mas também a sociedade, de um modo geral, despertá-los, assumindo a luta pela conquista de um envelhecimento com qualidade e não só com quantidade, no qual as vitórias possam ser celebradas por todos os idosos e não somente por um grupo restrito”.

Dundes (2006, p.35)

O Estatuto do Idoso tem por objetivo consolidar direitos já assegurados na Constituição Federal de 1988, protegendo, principalmente, o idoso em situação de risco social. É preciso que se renovem as exigências para o atendimento dessa grande parcela da

população, uma vez que acontecem de maneira cada vez mais rápida as transformações em nossa sociedade, seja no cenário político, econômico, social ou cultural, e que resultam em mudanças também das necessidades dos idosos.

A sociedade civil brasileira tem um papel fundamental na reivindicação dos direitos

sociais, na construção e efetivação das políticas publicas voltada a população idosa, por

exemplo, instituições como: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia ( SBGG),

Serviço Social do Comércio (SESC), Associação Médica Brasileira (AMB), entre outras

diversas, que atuam em defesa do idoso promovem cursos, simpósios, congressos e jornadas que buscam esclarecer e difundir um conhecimento real da terceira idade procura atualizar a sociedade sobre o processo de envelhecimento que deve ser digno e ativo, propõem reflexões, incentivam pesquisas e serviços.

A óbvia ideia de que o idoso é ser humano, portanto é cidadão, merecedor de direitos

social deveria bastar, porém nem sempre ele é visto dessa maneira, por isso a necessidade de a terceira idade ter atenção especial na Constituição para que ela receba o tratamento que lhe é devido.

1. Diretrizes atribuídas ao idoso

O Programa do Idoso tem como importantes diretrizes a atenção integral á saúde do idoso: a promoção do envelhecimento ativo e saudável consiste na busca pela qualidade de vida; a manutenção e reabilitação da capacidade funcional; e o apoio ao

desenvolvimento de cuidados informais.

A Comissão Diretora apresenta a redação final do Projeto de Lei da Câmara n°57, de 2003 (n°3561, de 1997, na Casa de origem), que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providencias, consolidando as emendas de redação aprovadas pelo Plenário. Isso ocorreu na sala de reuniões da comissão, 23 de setembro de 2003.

A Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

**Art. 1º** É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

**Art. 2º** O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

**Art. 3º** É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do 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.

**Art. 4º** Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência**,** discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

**Art. 5º** A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei.

**Art. 6º** Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

**Art. 7º** Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipal do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei.

**Art. 8º** O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

**Art. 9º** É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção **à** vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

**Art. 10°.** É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

**Art. 15.** É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

1. Aplicabilidade do programa

A aplicabilidade do programa ocorre nos atendimentos de saúde básica

1. Modelos de Atenção á Saúde do Idoso

São Gonçalo

Começou a implantar o PSF em julho de 2001, com 179 equipes e planos de cobertura de 100% do município. Somando médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS, a implantação do PSF representou a criação de mais de 2.000 empregos – e o desemprego é um dos maiores problemas da cidade. Outro problema grave é o tráfico de drogas. Tem mais de 1 milhão de habitantes (embora o Censo 2000 tenha indicado 900 mil).

Um dos mais ambiciosos projetos de Saúde da Família do Brasil foi o lançado em São Gonçalo-RJ, no dia 29 de julho de 2001. Para uma população de cerca de 1 milhão

de habitantes, há 179 equipes, cada uma com 1 médico, 1 enfermeiro e 2 auxiliares de enfermagem; só aí são 716 profissionais. Além deles, as equipes de Saúde da Família

contam com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, em São Gonçalo, são 1.647 pessoas das próprias comunidades onde atuam. No total, portanto, foram 2.363 empregos gerados numa cidade em que o desemprego é um problema grave, que se soma a outros até mais preocupantes, como o tráfico de drogas e a ocupação caótica de 100% do território municipal.

Em São Gonçalo, foi preciso esmiuçar o mapa do município, quadra por quadra, para evitar a superposição das áreas de atuação dos agentes comunitários. Usou-se um mapa que já existia, feito por satélite, para produzir a setorização. Cada equipe de PSF pegou seu pedaço de mapa sabendo onde ficam os seus lotes. Em seguida, os agentes saíram colhendo informação rua por rua, casa por casa. A digitação dos dados foi sendo feita pelos surdos-mudos de uma instituição local.

Na setorização, mesmo um local desabitado (campo de futebol, encosta de morro, beira de mangue, barranca de rio, etc.) tem que ser considerado. Porque há muita invasão

em São Gonçalo. Determina-se, no mapa, quem é o ACS daquele ponto sem morador, de maneira que mais tarde, quando ocorrer uma invasão ali, já se saiba quem é o agente responsável pela área.

O resultado foi o levantamento mais detalhado que já se obteve no município. As equipes do PSF sabem quantos edifícios, apartamentos, casas ou casebres há em cada

canto de São Gonçalo. A informação colhida pelas equipes do PSF vai ser útil também para outras áreas. O pessoal do meio ambiente, por exemplo, está ansioso por saber o

que o PSF levantou em torno dos rios, nascentes, valões, etc. Como esses, a cidade tem muitos pontos específicos, sem igual no resto do país. Um deles é o Jardim Catarina, o maior loteamento plano da América Latina, cercado de mangues, estrada de ferro, rodovias. Ali vão funcionar 20 equipes do PSF.

A descentralização será fundamental para quando o diagnóstico detalhado da saúde em São Gonçalo, com dados levantados pela primeira vez, tomar a forma da “epidemia”

preconizada pela ex-secretária de Saúde, Ana Tereza da Silva Pereira Camargo. Os doentes e as doenças existem, mas só agora começarão a ser notificados, gerando assim a impressão de um surto epidêmico que surgiu de um momento para outro. Para as situações previsivelmente mais complicadas, estarão sendo usados dois pólos equipados para os casos de Hanseníase, mais dois para os casos de tuberculose.

Outra providência inicial, em São Gonçalo, foi à adaptação de postos e de pessoal que já existiam no serviço de saúde local. Fizeram-se também cursos para capacitação de 50 médicos e 50 enfermeiras. Foi preciso usar gente de todos os pólos de capacitação do Rio de Janeiro. A adoção do Programa Saúde da Família era indispensável,

em São Gonçalo, porque a rede municipal de saúde estava desestruturada. Era preciso reordenar a Atenção Básica, era preciso organizar outros níveis de atenção. A implantação do PSF num município tão populoso e tão problemático já representa uma grande conquista, em si. É uma experiência a ser acompanhada e amparada com atenção especial.

1. Planos de cuidados

O Plano de Cuidados e a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se definem claramente quais são os problemas de saúde do paciente, as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde, as justificativas para as mudanças, quais profissionais e equipamentos de saúde necessários para a implementação das intervenções.

No idoso frágil, todas essas perguntas são complexas e multifatoriais e devem ser respondidas por uma equipe multidisciplinar, capaz de pensar de forma interdisciplinar, tendo como ferramentas o Cuidado Baseado em Evidencias e o Cuidado Centrado no Paciente. Todas as decisões clinicam devem considerar as melhores evidencia cientificas disponíveis e aplicáveis ao caso e, sobretudo, valorizar as preferências, necessidades, desejos e valores do idoso e de sua família, ou seja, a individualização do cuidado. Assim, o Plano de Cuidados contem todas as informações essenciais para o planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso.

O Plano de Cuidados deve incluir todas as intervenções capazes de melhorar

a saúde do individuo. Dessa forma, devera atuar nas diversas fases da historia natural do processo de fragilização, desde os fatores predisponentes ou fatores de risco ate nas complicações e incapacidades resultantes do tratamento inadequado da doença. As intervenções clinicam podem prevenir, curar, controlar, reabilitar ou confortar, dependendo do paciente.

As intervenções propostas podem ser classificadas em ações preventivas/ promocionais, curativo-paliativas ou reabilitadoras.

Ações Preventivas e/ou Promocionais*:* consiste na implementação de cuidados antecipatórios, capazes de modificar a historia natural das doenças e evitar futuros declínios da saúde. A promoção da saúde ou produção de saúde e o conjunto de medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima, promover à qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos a saúde relacionado são seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso habeas e serviços essenciais.

Ações Curativas e/ou Paliativas*:* consistem nas ações direcionadas a problemas específico identificado na consulta medica. A ênfase e no diagnóstico tipo correto dos problemas cronicos de saude e na prescrição correta das intervenções farmacológica e não farmacológicas. Deve-se estar atentos ao risco de iatrogenia medicamentosa, considerada a maior síndrome geriátrica, principalmente nos idosos frágeis usuários de polifarmacia. Por sua vez, as ações paliativas reservam-se aquelas situações em que não há possibilidade de cura ou modificação da historia natural da doença. Nesses casos, o cuidado paliativo tem como objetivo a melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam continuamente a vida. O foco da intervenção não e somente o alivia impecável da dor, mas do conjunto de todos os sintomas de natureza física, emocional, espiritual e social.

Ações Reabilitadoras: e o conjunto de procedimentos aplicados aos portadores

de incapacidades, com o objetivo de manter ou restaurar a funcionalidade, maximizando sua independência e autonomia. As ações reabilitadoras são direcionadas ao individuo e aos fatores contextuais envolvidos no comprometimento funcional, representados

pelos fatores ambientais e pelos fatores pessoais. Dessa forma, a reabilitação abrangente atua nas seguintes dimensões da funcionalidade: mobilidade, comunicação, nutrição e saúde bucal; cognição, humor, estado mental, sono e lazer; suporte social e familiar e no ambiente físico onde o individuo este inserido.

1. Atribuições dos profissionais de enfermagem no atendimento ao idoso

Promoção da saúde do idoso: capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social, bem como compreender o sentido da responsabilização compartilhada como base para o desenvolvimento das ações que contribuem para o alcance de uma vida saudável.

Cabe à enfermagem desenvolver papéis como: Compreender o significado da promoção à saúde da pessoa idosa e sua relação com os fatores determinantes da qualidade de vida;

Compreender a influência da família, da comunidade, das instituições e dos valores culturais e sociais no processo permanente de manutenção funcional e da autonomia do idoso; Estimular a iniciativa, a organização e a participação da comunidade em atividades inter-relacionadas em prol da qualidade de vida das pessoas idosas;

Compreender o envelhecimento como um processo essencialmente benigno, não patológico, entretanto, intensificar a atenção ao estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o aumento da idade, que representa uma efetiva e progressiva ameaça para o equilíbrio dinâmico do indivíduo, ou seja, sua saúde.

Prevenção e monitoramento das doenças prevalentes na população idosa: capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva, visando à prevenção específica e o monitoramento das doenças prevalentes na população idosa; Desenvolvimento de ações de caráter coletivo voltadas à prevenção individual e coletiva com base nos fatores de risco universais à saúde da população idosa; Associar aos f atores de risco universais a outros que podem adquirir pesos variáveis de acordo com a realidade da área de abrangência da equipe de saúde; Orientar as pessoas idosas, seus familiares,

seus cuidadores e a comunidade acerca de medidas que reduzam ou previnam os riscos à saúde da pessoa idosa.

1. Considerações Finais

Considerando aspectos bioéticos em relação á principais correntes de pensamentos, que buscam a valorização da autonomia das pessoas. É preciso ter em vista em foco maior do trabalho da enfermagem: o atendimento as necessidades de saúde da pessoa.

Os profissionais de saúde devem contribuir para independência e o envelhecimento ativo dos idosos, organizarem a atenção levando em conta os recursos necessários para responder de forma flexível às necessidades de saúde dos idosos.

Políticas dirigidas especificamente para este segmento devem ser desenhadas e implementadas, do qual modelos inovadores de atenção tem se revelado boas alternativas.

Portanto, o trabalho desenvolvido tem como objetivo evidenciar, analisar e estimular conhecimento e interesse no cuidado da saúde do idoso, com participação nas integrações e diretrizes desenvolvida pelo programa com do apoio do SUS, interligada ao respeito ao ser humano, a vida, desenvolvendo sentimentos de colaboração, compreensão, compromisso mútuo ao idoso que pertence a 4º maior população do Brasil.

1. Referencias Bibliográficas

* BRASIL. Ministerio da Saúde. Cuidado ao idoso. 2006.Disponível no site:www.cartilhadoidoso.org.br/direitodoidoso. Acessado em 20 de março de 2013.
* MARIANO, Paulo Faustino; Carmo; Pedro Augusto do. Humanização dos cuidados de enfermagem ao paciente idoso. 2010. Disponível no site: www.portadoenvelhecimento.org.br/artigos. Acessado em 12 de abril de 2013.
* MOREIRA, Marlea Chaga; Domingos, Ana Maria; Figueredo, Nebia Maria Almeida de. Cuidado para a família de pessoa idosa. Capítulo 9, IN Nebia Maria Almeida de Figueredo e Teresa (Org.). SUS e PSF para Enfermagem: prática para o cuidado e saúde coletiva. São Caetano do Sul, São Paulo: Editora YENDIS, 2007 página 251 a 270.