

O idoso demenciado em centro de atenção especializado no município de Fortaleza – Ceará*

The elderly with dementia in a specialized attention center in the city of Fortaleza – Ceará

Maria Helena Aires Leal Barreira¹, Erasmo Miessa Ruiz²

DOI: 10.5935/2238-3182.20150010

RESUMO

Introdução: prolongar a vida saudável e livre de incapacidades torna-se de relevância para a ciência atual. **Objetivo:** analisar o perfil de saúde do idoso demenciado em serviço especializado, com vistas a delinear ações para a qualidade da assistência interdisciplinar na atenção à saúde do idoso no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Método:** trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, de natureza quantitativa e transversal, desenvolvida em Centro de Atenção à Saúde do Idoso do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, Brasil. Foram investigados 330 idosos, selecionados de forma aleatória. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2009 por meio de questionário semiestruturado. Os dados foram analisados e categorizados no programa *Epi-Info*, versão 6.0. Utilizaram-se gráficos e tabelas, com análise descritiva e discussão respaldada em pesquisas existentes. **Resultados:** a maioria dos pacientes eram mulheres (70,61%), entre 80 e 89 anos de idade (52,7%), possuindo cuidador informal (87%). A assistência no centro constituiu-se de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogas. As doenças mais prevalentes foram: doença de Alzheimer (64,5%); demência vascular (21,8%); demência mista (10%); e doença de Parkinson (7,6%). As doenças associadas mais frequentes, foram: hipertensão arterial sistêmica (36,7%), e diabetes *mellitus* (17,3%). **Conclusões:** concluiu-se que há satisfação no atendimento entre equipe de profissionais e família, evidenciando-se a necessidade de ações interdisciplinares e contextualizada a região.

Palavras-chave: Geriatria; Idoso; Demência; Assistência a Idosos.

ABSTRACT

Introduction: to prolong a healthy and free of disability life becomes of relevance to the current science. **Objective:** to analyze the health profile of the elderly with dementia in specialized services, with a view to outlining actions for the quality of interdisciplinary assistance in health care for the elderly in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. **Method:** this was an exploratory, descriptive, quantitative, and cross-sectional study developed in Center for the Attention to Elderly Health at the Walter Cantídio University Hospital of the Federal University of Ceará, Brazil. A total of 330 elderly were randomly selected and investigated. Data collection occurred between January and May of 2009 through a semi-structured questionnaire. The data were analyzed and categorized in the *Epi-Info* program, version 6.0. Graphs and tables were used with a descriptive analysis and discussion based on existing research. **Results:** most patients were women (70.61%) between 80 and 89 years old (52.7%), possessing an informal caregiver (87%). The assistance in the center were provided by doctors, nurses, physiotherapists, occupational therapists, nutritionists, speech therapists, social workers, and psychologists. The most prevalent diseases were: Alzheimer's disease (64.5%), vascular dementia (21.8%), mixed dementia (10%), and Parkinson's disease (7.6%). The most frequent associated

Recebido em: 31/03/2012
Aprovado em: 15/12/2014

Instituição:
Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza, CE – Brasil

Autor correspondente:
Maria Helena Aires Leal Barreira
E-mail: helenaaireb@hotmail.com

diseases were: hypertension (36.7%) and diabetes mellitus (17.3%). Conclusions: it is concluded that there is satisfaction about the assistance among professional staff and families, showing the need for interdisciplinary and contextualized actions in the region.

Key words: Geriatrics; Aged; Dementia; Old Age Assistance.

INTRODUÇÃO

Observa-se hoje um processo de envelhecimento populacional em caráter mundial. A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, quando ocorreu queda das taxas de fecundidade e começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. Decorridos 50 anos, a sociedade já se depara com a demanda por serviços de saúde e sociais ao idoso, outrora restritas aos países desenvolvidos.

Nos países ocidentais, além da doença de Alzheimer (DA), seguem-se a demência com corpos de Lewy (DCL) e a demência vascular (DV), porém, outras causas menos comuns podem ocorrer, como a demência frontotemporal, hidrocefalia de pressão normal, demência associada à doença de Parkinson, neovulvas, demência induzida por álcool e paralisia supranuclear progressiva, entre outras. No Brasil, com o aumento da população idosa, o distúrbio comum com incidência encontrado nesse segmento, em torno de 7%, relaciona-se à capacidade de pensar e lembrar, são as demências, com predominância da DA.

A DA é, na realidade, a quarta causa de morte em pessoas com mais de 75 anos, o que deve merecer, por parte das políticas de saúde pública, atenção especial, por se constituir em uma doença grave, incurável e incapacitante, que ocasiona grande impacto na vida não somente do idoso, como também dos familiares e cuidadores, além do impacto financeiro nas ações de saúde desenvolvidas.

No contexto de importantes desigualdades regionais e sociais no país, em que as políticas públicas enfrentam verdadeiros desafios na implementação dos programas de atenção à saúde, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam sequelas, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida. No entanto, a “explosão demográfica da terceira idade” no Brasil ainda não se caracteriza pelo aumento do número de “idosos muito velhos”. Estima-se que a proporção de maiores de 80 anos entre os idosos varie de 9 para 11,3% entre 1995 e 2020, embora a proporção daqueles

acima de 70 anos venha aumentando progressivamente e, entre as mulheres, já represente 39,6% do total.¹

Em relação ao aumento do número de idosos hoje ser significativo, tem se desenvolvido um movimento social em atenção à pessoa idosa, uma realidade percebida, em que os idosos ocupam, cada vez mais, todos os espaços sociais. O investimento nos setores saúde e educação da atual população de jovens e a compressão da morbidade apresentam-se como alternativas capazes de minimizar o impacto do envelhecimento populacional sobre a qualidade de vida.²

Nas duas últimas décadas, a Política Nacional de Saúde desenvolveu Programa da Atenção Integral à População Idosa e em processo de envelhecimento, na conformidade no que determina a Lei Orgânica de Saúde – nº 8.080/90 – e a Lei 8.842/94, que assegura os direitos desse segmento populacional. No conjunto dos princípios, destaca-se o relativo à “preservação de autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”.³

No estado do Ceará, desde o ano 2000 a Secretaria de Saúde do Estado (SESA) desenvolve ações em atenção ao idoso carente. A programação de Ações do Núcleo de Atenção Primária (NUAP) vem desenvolvendo com o Grupo Técnico (GT) ações como: seminários de implementação da atenção à saúde do idoso, com temas como: demências, osteoporose, atendimento domiciliar, maus-tratos, implantação da caderneta do idoso, campanhas educativas, curso de especialização de Geriatria e Gerontologia, produção de protocolos, *folders*, camisetas, seminário de avaliação e supervisão nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) em total de 21, que comandam os 184 municípios do estado do Ceará.

Em 2002 foi implementado, pelo Ministério de Saúde, um novo documento⁴ sobre Assistência à Saúde do Idoso, que regulamentou a implantação, organização de redes estaduais de assistência à saúde do idoso, cadastramento para centros de referência, atendimento para demência de Alzheimer e outras demências, com entrega de medicamentos para essas doenças.⁴

Assim, a SESA, em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), implantou o primeiro serviço de atenção à saúde do idoso no Ceará em fevereiro de 2003. Em seguida, foram implantados ambulatorios de extensão ao serviço no Hospital Geral César Cals e no Hospital Geral de Fortaleza.

O presente estudo teve como objetivo geral analisar o perfil de saúde do idoso demenciado em serviço especializado, visando delinear ações para a qualidade da assistência na atenção à saúde do ido-

so no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Objetivos específicos: fazer levantamento acerca do perfil sociodemográfico do idoso demenciado; identificar as demências diagnosticadas e doenças associadas; descrever a assistência recebida no Centro de Atenção aos Idosos; e apresentar ações de intervenção na qualidade do atendimento ao idoso.

MÉTODO

Realizou-se pesquisa exploratória e descritiva, de natureza quantitativa e de coorte transversal em 330 idosos atendidos no Centro de Atenção à Saúde do Idoso do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), UFC, situado na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, que contempla o único Centro de Referência à Saúde do Idoso do Estado do Ceará.

Atualmente, o centro atende aproximadamente 1.800 idosos com frequência regular. A seleção foi de forma aleatória, seguindo os critérios de inclusão: idosos com regularidade no atendimento há um ano e possuir diagnóstico médico para demência. Foram excluídos os idosos com tratamento irregular pela falta de assiduidade, idosos com outras doenças e sem demência e com atendimento inferior a um ano, considerado, no Centro, ser esse tempo insuficiente para a avaliação da terapêutica ao idoso com demência nos vários aspectos da saúde.

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2009, com a aplicação de dois questionários estruturados. O questionário 1 continha perguntas relacionadas a dados sociodemográficos, hábitos de vida (vícios e atividade física), assistência no domicílio, doenças associadas e tratamento. Como forma complementar, utilizaram-se os prontuários quanto a informações referentes a avaliações neuropsicológicas e cognitivas para a aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM), teste de fluência verbal, teste do relógio, escala do índice de Barthel e escala de Pfeffer. No questionário 2, as questões foram acerca do encaminhamento ao centro de referência e satisfação da assistência recebida.

Os dados foram analisados e categorizados no programa estatístico *Epi-Info*, versão 6.0, com discussão respaldada em literatura pertinente.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos e legais da Resolução 196/96 que rege pesquisas com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Cesar Cals, em que se obteve parecer favorável para a realização em cen-

tro de atenção à saúde dos idosos. De posse deste, realizou-se a investigação por meio da autorização dos responsáveis dos idosos, utilizando o termo de consentimento livre e esclarecido em que os mesmos foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa e direitos legais em participar.

RESULTADOS

Dados sociodemográficos

Dos 330 idosos participantes do estudo, 233 (70,6%) eram mulheres e 97 homens (29,4%). A média de idade foi de 80,1 anos e a mediana de 81,66 anos. A faixa etária com maior proporção foi de 80 a 89 anos (52,7%), seguida de 70 a 79 (36,1%), 60 a 69 anos (6,4%) e 90 anos e mais (5,6%). Houve prevalência feminina nas faixas etárias de 80 a 89 anos (53,2%) e 90 anos e mais (5,6%); e masculina, entre 60 e 69 anos (7,2%) e 70 a 79 anos (39,2%).

A distribuição dos idosos em relação ao seu estado civil foi de 45,2, 43,6, 6,7 e 4,5% de casados, viúvos, solteiros e divorciados, respectivamente.

O nível de escolaridade observado foi de 72 (21,8%) analfabetos; 151 (45,8%), ensino fundamental incompleto; 64 (19,4%), ensino fundamental completo; 12 (3,6%), ensino médio completo; 18 (5,5%), o ensino médio completo; e 13 (3,9%), ensino superior. Verificou-se predomínio do ensino fundamental incompleto, seguido de analfabetos, sendo a maioria (n=273) dos idosos com baixo nível de escolaridade.

A maioria dos idosos era de aposentados (96,4%), tendo como profissões predominantes a ocupação doméstica e na agricultura (Figura 1).

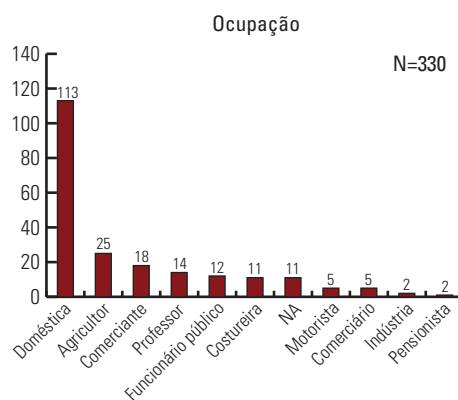


Figura 1 - Profissão e ocupação dos idosos, Fortaleza – CE, Brasil. 2009.

Dos 330 idosos, 41,2%, mantinham financeiramente a família com sua aposentadoria e 43,9% eram dependentes de suas famílias.

Aproximadamente 22,1% dos idosos participavam de grupos que desenvolviam atividades sociais nos bairros da cidade de Fortaleza, Ceará, tais como: Grupos de Convivência das Regionais de Saúde do Município, Universidade sem Fronteiras, Pastorais Religiosas de Idosos e Grupo dos Bombeiros, situando-se, neste grupo, os portadores de demência na sua fase leve e moderada.

Este estudo buscou investigar fatores determinantes para a saúde-doença: atividade física, hábitos de fumar e uso de bebidas alcoólicas. Em torno de 289 (87,6%) idosos referiram não fazer atividade física exercida pelo menos três vezes na semana. O tabagismo não foi observado em 207 idosos (62,7%) e 88 (26,7%) possuíam o hábito de fumar e 35 (10,6%) eram ex-fumantes. O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 35 (10,6%) e negado por 295 (89,4%) idosos.

Diagnóstico das doenças

Foi possível agrupar as doenças demências e as doenças associadas mais prevalentes de acordo com as tabelas seguintes.

A Tabela 1 apresenta a frequência dos diagnósticos de demência em ordem decrescente, como doença de Alzheimer, em 213 (64,5%); demência vascular, em 72 (21,8%); demência mista, em 33 (10%); doença de Parkinson, em 25 (7,6%); demência dos *Corpus de Lewy*, em 12 (3,6%); hidrocefalia, em nove (2,7%); e demência frontotemporal, em sete (2,1%), idosos.

Tabela 1 - Demências diagnosticadas em idosos do Centro de Atenção à Saúde do Idoso do Hospital

Demências	N	Percentual
Doença de Alzheimer	213	64,5%
Demência Vascular	72	21,8%
Demência Mista	33	10,0%
Doença de Parkinson	25	7,6%
Demência dos <i>Corpus de Lewy</i>	12	3,6%
Hidrocefalia	9	2,7%
Demência frontotemporal	7	2,1%

Fonte: Universitário Walter Cantídio - HUWC - UFC, Fortaleza – CE, Brasil. 2009.

A avaliação neuropsicológica e cognitiva realizada por meio dos testes: Minixame do Estado Men-

tal (MEEM), Escala de Pfeffer, Escala do índice de Barthel, Teste de fluência verbal e Teste do relógio (Figura 2).

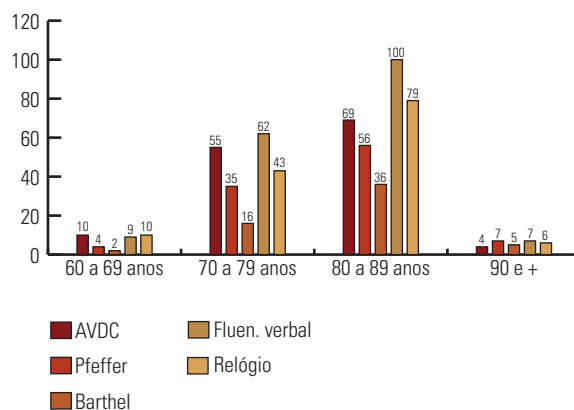


Figura 2 - Distribuição dos idosos acompanhados no estudo, segundo a realização dos testes por faixa etária em idosos do Centro de Atenção à Saúde do Idoso do Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC – UFC, Fortaleza – CE, Brasil. 2009.

Observou-se maior número entre todos os testes nas faixas de 80 a 89 anos, seguido do grupo de 70 a 79 anos.

Das doenças associadas, identificou-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como mais prevalente em 121 (36,7%); diabetes *mellitus*, em 57 (17,3%); osteoporose, em 49 (14,8%); depressão, em 46 (13,9%); dislipidemia, em 33 (10,0%); hipotireoidismo, em 23 (7%); gastrite, em 15 (4,5%); osteartrose, em cinco (1,5%); obesidade mórbida, em dois (0,6%); e bronquite, em um (0,3%), idoso.

Assistência interdisciplinar

O Centro de Atenção ao Idoso em que este estudo foi realizado possui equipe multidisciplinar composta de médico (seis), enfermeiro (113), terapeuta ocupacional (35), nutricionista (31), fisioterapeuta (29), fonoaudióloga (12) e psicólogo (sete); que atende o idoso junto à sua família.

Dos idosos investigados, identificou-se a forma como tiveram acesso ao Centro de Atenção ao Idoso, por meio de encaminhamentos de unidade de saúde (25%), consultório médico particular (20%), grupos sociais (15%), serviços de atenção ao idoso (14%), hospital público (13%), centro de marcação de consulta (10%) e hospital privado (3%).

Alguns procedimentos são necessários para que o tratamento possa ser corretamente realizado: história clínica, exame físico e neurológico, com a avaliação do estado mental para verificar o grau de *déficit* cognitivo; propedêutica complementar incluindo a de neuroimagem.

A avaliação neuropsicológica é realizada, em geral, em idosos que requerem diagnóstico diferencial (a partir de dados e formulações que podem contribuir para as conclusões diagnósticas), uma vez que a queixa se refere a alterações da cognição, particularmente a memória.

A consulta de enfermagem, avaliação social, terapia ocupacional e acompanhamento nutricional e do psicólogo incluem intervenções terapêuticas e de educação em saúde sobre o processo de envelhecimento, a importância da prevenção dos riscos de acidentes, sequelas e incapacidades, para estabelecer a abordagem adequada.

A maioria dos familiares dos idosos investigados acerca do diagnóstico da demência reagiu bem, com naturalidade e conformismo, no entanto, alguns demonstraram surpresa, preocupação, indignação e tristeza. E mediante as circunstâncias acerca da orientação a família para o cuidado ao idoso no domicílio, foi possível identificar que 287 (87%) e 43 (13%) eram acompanhados por cuidadores familiares e formais, respectivamente.

A satisfação do usuário e família quanto à assistência no Centro de Atenção ao Idoso foi demonstrada pelos conceitos ótimo (57%), bom (40%) e regular (6%).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos quanto ao perfil sociodemográfico estão de acordo com outros estudos realizados no Brasil, com o predomínio de mulheres. Em Ribeirão Preto, em 1.140 idosos estudados e em 38 estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais do período de 1994 a 2000, 63,4%⁵ e 75%⁶, respectivamente, eram mulheres.⁷

Entre os idosos estudados, a maioria possuía vínculo conjugal, sendo casados ou viúvos, com predomínio de núcleos familiares em sua vida. Observaram-se, entretanto, relatos do idoso ficar sozinho em casa. Os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos são, muitas vezes, os das idosas, que vivem mais do que os homens, que ao se enviuvarem têm mais dificuldade para casar novamente, são mais

sozinhas, apresentam baixos níveis de instrução e renda e maior frequência de queixas de saúde.^{8,9}

Houve muitos relatos de que o idoso era quem mantinha financeiramente a família. O suporte informal provido pela família parece ser a base principal do apoio potencialmente oferecido ao idoso pelo tripé família-comunidade-estado. Na medida em que se consolida a tendência de dependência dos idosos, pontuam-se dificuldades importantes: a inexistência das políticas sociais de suporte aos cuidadores em setores como a alimentação, auxílio domiciliar, assistência médica e serviços de orientação, entre outros; e mais de metade dos idosos que residem em famílias no Brasil pertencem a domicílios cuja renda total não ultrapassa três salários-mínimos.^{10,11}

Outro aspecto importante identificado foi o baixo nível de escolaridade nos idosos investigados, sendo a maioria de analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. Esse resultado coincide com o observado em Minas Gerais com 211 idosos em Programa de Saúde da Família, sendo 71,11% analfabetos ou com menos de quatro anos de estudo formal.¹² O grau de escolaridade constitui fator importante no auxílio da demência, para a compreensão da doença e educação para a saúde.

A prática do exercício físico foi quase nula entre os idosos estudados, em contrariedade ao entendimento de que a sua realização regular possui grande importância, mesmo se iniciada após os 65 anos de idade, proporcionando mais longevidade, redução das taxas gerais de mortalidade, mais capacidade fisiológica diante de doenças crônicas, redução do número de medicamentos prescritos, prevenção do declínio cognitivo, manutenção da função de órgãos e sistemas, redução da frequência de quedas e da incidência de fraturas; e benefícios psicológicos, incluindo da autoestima.¹³

O consumo do tabaco e álcool em idosos requer consideração especial. A redução da reserva dos diversos sistemas fisiológicos determinada pelo efeito combinado do envelhecimento biológico, condições crônicas, tabagismo-alcoolismo ou desuso (sedentarismo) aumenta sua suscetibilidade às doenças e à incapacidade. Observa-se, em média, redução de 50% da capacidade vital pulmonar e do fluxo sanguíneo renal entre os 30 e 80 anos de idade.¹⁴

Ao ser encaminhado ao Centro de Atenção ao Idoso, o paciente e seus familiares recebem assistência multidisciplinar. O serviço pertence à esfera secundária do SUS, que assiste a idosos dos diferentes segmentos dos municípios do estado do Ceará, e demonstra

lacunas existentes na rede dos serviços e gestão da saúde. Sabe-se que a referência na atenção ao idoso é de ordem secundária, devendo ser realizada nos municípios-sede de módulo e sede de polo, assegurando a atenção integral por intermédio do SUS – com vistas à garantia ao acesso contínuo das ações e serviços para a prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas da terceira idade por equipe multidisciplinar.

A totalidade dessas intervenções deve ser realizada nas proximidades do domicílio do idoso, desde que a rede básica de saúde seja adequadamente estruturada e treinada. Vale a menção de que atividades preventivas e de reabilitação no âmbito da Fisioterapia, realizadas nas unidades de saúde, são imprescindíveis para manter ou resgatar a autonomia de idosos e poderão ter grande impacto na saúde dessa população.¹⁵ As disparidades entre as condições socioeconômicas e de saúde dos idosos indicam que, para o adequado planejamento das ações, é fundamental identificar as demandas específicas de idosos residentes em regiões diversas e pertencentes a diferentes classes sociais.⁹

A família, por sua vez, enfrenta grandes dificuldades, principalmente na falta de assistência especializada, seja pelo difícil acesso ao serviço ou desconhecimento da sua necessidade.

As doenças que se associaram à demência foram a doença de Alzheimer, prevalecendo em cerca de 60% entre todos os tipos;¹⁶ e também a demência vascular e a demência por corpúsculos de Lewy. A demência vascular simples foi por muito tempo um desafio diagnóstico diferencial com a doença de Alzheimer; e a demência por corpúsculos de Lewy possui caracteristicamente evolução progressiva, apesar das deficiências graves e persistentes de memória não serem essenciais nos estágios iniciais, quando comparados à doença de Alzheimer, em que a primeira característica é sempre um déficit de memória episódica.¹⁷

As metas primárias do tratamento consistem em: melhorar a qualidade de vida do paciente, maximizar o seu desempenho funcional e promover o mais alto grau de autonomia factível em cada um dos estágios da doença. No idoso predominam as doenças crônicas e suas complicações, que implicam décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos as sequelas do acidente vascular cerebral (demência vascular) e fraturas após quedas (osteoporose), as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes *mellitus* e a dependência determinada pela demência de Alzheimer e outras

demências.¹⁸ A depressão (35%) e déficits cognitivos significativos (30%) foram consideradas surpreendentemente elevadas em idosos de baixo poder aquisitivo.¹⁹

O familiar que cuida de um idoso demenciado realiza trabalho solitário e anônimo.²⁰ A falta de preparo é a grande geradora do estresse do cuidador. Com a evolução da doença, idosos tornam-se mais dependentes de seus familiares e cuidadores. Quando precisam se locomover, têm dificuldade em se comunicar e passam a necessitar de supervisão integral de suas atividades da vida diária (AVD), até mesmo as mais elementares, tais como a alimentação, a higiene pessoal, o vestir-se, entre outras.

CONCLUSÕES

Foi analisado neste estudo o estado de saúde de 330 idosos demenciados acompanhados em Centro de Atenção ao Idoso, referência para o estado do Ceará, Brasil. E quando comparado a estudos multicêntricos, muitos dos indicadores foram confirmados, delineando-se o retrato da saúde pública do idoso no país.

Os indicadores mais prevalentes são: mulheres entre 70 a 89 anos de idade; com vínculo conjugal e familiar; de baixo nível de escolaridade; condições econômicas desfavoráveis; e que se tornam dependentes da família e do estado.

Das demências do envelhecimento, destaca-se a doença de Alzheimer associada a doenças e fatores de risco importantes para o adoecimento, que consolidam estados de saúde crônico-degenerativos, denunciando a necessidade da implementação dos programas de saúde existentes no SUS nas diversas cidades do estado do Ceará. Sabe-se que na medida em que aumentam o número de idosos e a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as complicações das moléstias.

Sem a pretensão de esgotar a temática de alta complexidade, pontuam-se ações em busca da estimulação de envelhecimento ativo, com autonomia e independência: a) sensibilização de gestores para a qualificação dos profissionais de Programa Saúde da Família na saúde do idoso; b) ampliação na extensão dos Centros de Atenção ao Idoso com vistas a dar maior cobertura às regiões mais carentes; c) capacitação especializada de profissionais na assistência ao idoso demenciado; d) capacitação para agentes comunitários domiciliares das microrregiões na detecção precoce de agravos do idoso e encaminhamento ao serviço de saúde; e) incorporação da educação em saúde na assistência in-

terdisciplinar junto a idosos e familiares; f) estratégias de divulgação social para a formação especializada na área de Geriatria e Gerontologia.

A atuação da Geriatria para o envelhecimento bem-sucedido deverá ser com interdisciplinaridade e contextualizada a região, compartilhando práticas e saberes entre gestores, profissionais, usuários e família, em busca da efetivação dos programas em saúde voltados para a saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estatísticas históricas do Brasil: séries econômicas, demográficas e sociais de 1550 a 1988 – Séries Retrospectivas: quadros retrospectivos. Acesso e utilização de serviços de saúde – PNAD 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 1990.
2. Carvalho JAM, Wong L. Some socioeconomic consequences from the new Brazilian age pattern generated by the dramatic fertility decline. Seminário Rapid Fertility Decline in Brazil and India: Social Determinants and Consequences Massachusetts; CEDEPLAR/UFMG. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG; 1995.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial 4977 de 22 de janeiro de 1999. Brasília: MS; 2000.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 249, de 16 de abril de 2002. Brasília: MS; 2000.
5. Lopes MA. Estudo Epidemiológico de prevalência de demência em Ribeirão Preto [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2006.
6. Lopes MA, Botino CMC. Prevalência de Demência em diversas regiões do mundo. Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2002. Arq Neuro-Psiquiatr. 2002; 60(1): 61-9.
7. Berquó E. Características demográficas e sócio-econômicas da população idosa. Diferenças inter-regionais. Anais do Seminário Nacional dos Especialistas Multidisciplinares da Terceira Idade - A população idosa no Brasil – perspectivas e prioridades das políticas governamentais e comunitárias. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 1992. p.41-62.
8. Ramos RL, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Pública. 1993; 27:87-94.
9. Veras RP. O Anacronismo dos Modelos Assistenciais na Área da Saúde: Mudar e Inovar, Desafios para o Setor Público e o Privado. Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
10. Bercovich AM. Características regionais da população idosa no Brasil. Anais do Seminário Nacional dos Especialistas Multidisciplinares em Terceira - A população idosa no Brasil: perspectivas e prioridades das políticas governamentais e comunitárias. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 1992. p.41-65.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Informações estatísticas e geocientíficas. Rio de Janeiro: IBGE; 1997.
12. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Tinoco ALA, Rosado LEFPL, *et al.* Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. Rev Med Minas Gerais. 2010; 20(1):5-15.
13. Abranis WB, Berkov R. Manual Merk de Geriatria. 16ª ed. São Paulo: Roca; 1995.
14. Hillman J. O idoso e as doenças. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
15. Paula ASV, Silva MJ, Moreira MNM. A população idosa em Minas Gerais: tendências e sua distribuição no Estado. Bol Epidemiol SUS-MG. 1994; 4(1):1-6.
16. Gallucci Neto J, Tamellini, MG, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. Rev Psiquiatr Clin. 2005; 32(3):119-30.
17. Walker B, Holling CS, Carpenter SR, Kinzig A. Resilience, adaptability and transformability in social-ecological systems. Ecology and Society 2004 sept 16; 9(2):5. [Citado em 2012]. Disponível em: <http://www.ecologyandsociety.org/vol9/iss2/art5/>.
18. Freitas KV. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
19. Machado CC. Projeções multirregionais da população: o caso brasileiro (1980-2020) [tese]. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR; 1993.
20. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. Acta Scientiarum. Health Sciences. 2004; 26(1):135-45.