



<http://revistarebram.com/index.php/revistauniara>

AÇÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA QUE INTERFEREM NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E NA SUA INCLUSÃO

Sônia Sueli Souza do Espírito Santo*; Sônia Mara Conceição**; Cláudia Oliveira Conceição***.

* *Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.*

** *Enfermeira, Clínica da Família Estácio de Sá.*

*** *Enfermeira pela Universidade Central del Paraguai.*

**Autor para correspondência e-mail: sucessonia@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE

Ações
Atenção Primária
Qualidade De Vida
Idoso
Inclusão Social

KEYWORDS

Actions
Primary Care
Quality of Life
Elderly
Social Inclusion

RESUMO: A melhoria da qualidade de vida e a inclusão social da população idosa apresenta lacunas a serem investigadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família, em particular, pelo Enfermeiro. Neste estudo objetivou-se conhecer e identificar a existência de ações da atenção primária, que interferem na melhoria da qualidade de vida e inclusão social do idoso, bem como, verificar os limites e possibilidades da implementação dessas ações. Para o presente estudo realizou-se uma pesquisa bibliográfica, a partir de publicações científicas indexadas na base de dados BVS e PubMed. Seguindo os critérios de inclusão totalizaram-se 8 estudos selecionados para a análise, dos quais 87,5% (7 artigos) foram publicados em periódicos nacionais e 12,5% (1 artigo) foi publicado em periódico estrangeiro. Observou-se, portanto, prevalência da existência de preconceitos e resistências no contexto social em relação ao idoso, desconhecimento de familiares quanto a importância da inclusão social de idosos e a melhoria da qualidade de vida, inexistência de instituições assistenciais voltadas para melhoria da qualidade de vida e inclusão social desse segmento da sociedade. Sendo que a atuação do Enfermeiro e equipe da atenção básica apresentam fundamental relevância, nas ações da Clínica da Família, que interferem na melhoria da qualidade de vida do idoso e na sua inclusão social.

PRIMARY CARE ACTIONS THAT INTERFERE WITH THE IMPROVEMENT OF THE ELDERLY'S QUALITY OF LIFE AND THEIR SOCIAL INCLUSION

ABSTRACT: Improving the quality of life and social inclusion of the elderly population has gaps to be investigated by the Family Health Strategy team, in particular, by the Nurse. This study aimed to know and identify the existence of primary care actions that interfere in improving the quality of life and social inclusion of the elderly, as well as verifying the limits and possibilities of implementing these actions. For the present study, a bibliographic research was carried out, based on scientific publications indexed in the VHL and PubMed databases. Following the inclusion criteria, a total of 8 studies were selected for analysis, of which 87.5% (7 articles) were published in national journals and 12.5% (1 article) was published in a foreign journal. It was observed, therefore, the prevalence of the existence of prejudices and resistance in the social context in relation to the elderly, lack of knowledge of family members regarding the importance of social inclusion of the elderly and the improvement of the quality of life, lack of assistance institutions aimed at improving the quality of life. life and social inclusion of this segment of society. Considering that the performance of the Nurse and the primary care team has fundamental relevance in the actions of the Family Clinic, which interfere in the improvement of the quality of life of the elderly and in their social inclusion.

Recebido em: 08/01/2022

Aprovação final em: 20/03/2022

DOI: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2022.v25i2.1518>

INTRODUÇÃO

A canção “sei lá: a vida tem sempre razão” de autoria dos cantores Antonio Carlos Jobim, Chico Buarque e da cantora Miucha, apresenta o seguinte verso: “A gente mal nasce começa a morrer” (JOBIM; MIUCHA, 2021). Tal verso expressa de forma explícita, objetiva e clara a realidade de todos os povos, independentemente da etnia, credo, condição social ou financeira. Ou seja, se o indivíduo não morrer jovem, deverá passar pelo processo de envelhecimento, que de certa forma, exige mudança de hábitos, estilo de vida e comportamentos dos indivíduos senis.

Portanto, o aumento de indivíduos idosos é uma realidade em diversos países, sobretudo nos mais desenvolvidos, onde a qualidade de vida e as tecnologias cooperam para o crescimento da expectativa de vida (OLIVEIRA, 2013).

Dessa forma, a longevidade é uma veracidade, tornando-se mister a implementação ou implantação de ações efetivas, baseadas em evidências, a fim de se controlar doenças crônicas não-transmissíveis e seus fatores de risco, e ações que objetivem a melhoria da qualidade de vida e inclusão social de idosos (SOUSA; SILVA; ANDRADE 2014)

Em primeira monta, cabe enfatizar que a população idosa, com o envelhecimento, tende a apresentar significativas perdas de procedência social e biológica, tornando-se indefesa, carecendo de atenção e cuidados específicos da parte dos que a assistem. Assim, neste estudo, é imprescindível enfatizar as ações e os cuidados dispensados aos idosos que são assistidos pelas clínicas da família de suas áreas adstritas, para a melhoria da qualidade de vida e inclusão social.

Dessa maneira, com a melhoria da qualidade de vida, aumento do poder aquisitivo, maior acesso aos serviços de saúde e o aumento da expectativa de vida, a população de indivíduos idosos aumentará de tal maneira, que o Brasil será o 6º do mundo, com cerca de 15 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, em 2025. Ademais, esta parcela de cidadãos poderá chegar próxima de 15% do contingente populacional em 2027, ultrapassando, o número de adolescentes com 14 anos ou menos e de crianças, sendo que os prognósticos para indivíduos idosos descortinam que estes terão baixo grau instrucional, habitarão em áreas urbanas e com baixa rendimento familiar. Além desse panorama social e econômico, torna-se corriqueiro o surgimento de enfermidades crônicas degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) que, juntas estabelecem os primordiais, fatores de risco populacional para as enfermidades cardiovasculares. Assim, as enfermidades crônicas, geralmente estão associadas a múltiplas causas, são tipificadas por início lento e gradual. Necessitam de intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, relacionadas à modificação de estilo de vida (BRASIL, 2006b).

Por conseguinte, o envelhecimento da população, as ações e cuidados para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, a legislação relacionada a esta faixa etária, enfim, todas as táticas voltadas à esta clientela, apesar de ter obtido destaque junto à mídia e entre pesquisadores de diversas áreas do conhecimento humano e de ter sido enfatizado na literatura científica, ainda apresenta lacunas a serem investigadas por profissionais da saúde, ou seja, enfermeiros e em específico pelas áreas da geriatria e da gerontologia, assim como pela fisioterapia, ortopedia, odontologia, psicologia, pedagogia, medicina, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional e até mesmo pela área jurídica em decorrência de casos de violência doméstica. Tais profissionais que recebem, assistem e tratam a população idosa para a melhoria da qualidade de vida desse segmento da população, contribuem para a promoção da inclusão social desta população, que embora respaldada pelo Estatuto do Idoso, ainda se mantém à margem da sociedade, sendo tratada com indiferença, permanecendo como seres invisíveis à luz de nossa sociedade.

Deste modo, a motivação para elaboração deste trabalho partiu da inquietação das autoras embasadas em questões que norteiam este estudo. O primeiro questionamento a respeito da não inclusão social do idoso gerou a primeira questão norteadora da pesquisa: “A não melhoria da qualidade de vida e a não inclusão social do idoso ocorre em decorrência da existência ou não de ações da Atenção Primária? Sim? Não? E

principalmente, por quê”? A segunda pergunta norteadora deste foi: “A não melhoria da qualidade de vida e a não inclusão social do idoso provém da fragilidade de sua saúde, devido ao desconhecimento das ações da atenção primária”? Anos ininterruptos de trabalho na área da saúde e justificativas não convincentes de familiares e demais profissionais de saúde, que não enfatizam a importância dos cuidados relacionados à saúde da população da terceira idade, devido à resistência e teimosia do idoso em não querer buscar tratamento e em não possuírem profissionais capacitados para receberem, assistirem e tratarem esta demanda da população, geraram esta questão. E a última questão norteadora deste estudo foi: “A não melhoria da qualidade de vida e a não inclusão social do idoso, pode ou não ser revertida pelas ações da atenção primária”? Optou-se por levantar as ações das Clínicas da família voltadas à esta demanda, a fim de verificar se a melhoria ou não da qualidade de vida e a inclusão ou não desta população na sociedade, se dá devido a existência ou não das ações das Clínicas da Família voltadas à esta população do estudo.

Tendo em vista o problema da não melhoria da qualidade de vida e a não inclusão social do idoso serem ou não em decorrência das ações das Clínicas da família voltadas à esta clientela e visando responder às questões norteadoras deste estudo as autoras elaboraram os seguintes objetivos: Geral - Conhecer a existência de ações da atenção primária, que interferem na melhoria da qualidade de vida do idoso e na sua inclusão social. Específicos - Identificar as ações da atenção primária, que interferem na melhoria da qualidade de vida do idoso e na sua inclusão social. Verificar limites e possibilidades de melhoria da qualidade de vida do idoso e de sua inclusão social, através da implementação das ações da atenção primária.

Neste jaez, a temática deste estudo se justifica pela necessidade de se dar visibilidade à melhoria da qualidade de vida e oportunidades de inclusão social dos idosos na família, no trabalho e na sociedade. A inclusão favorece mudanças de valores e comportamentos, além da existência de legislação específica, tal qual o estatuto do idoso, que assegura os direitos das pessoas idosas. Conseqüentemente há o aumento do compromisso de profissionais da Estratégia Saúde da Família, tais quais, médicos, enfermeiros, odontólogos e toda gama de profissionais do NASF – Núcleo de Assistência à Saúde da Família, envolvidos com a terceira idade, para continuar militando politicamente em defesa do bem-estar do idoso. Portanto, este é o caminho para a promoção da inclusão social do idoso e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida desses seres humanos. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 230. dita que:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 1º Os programas de amparo aos **idosos** serão executados preferencialmente em seus lares (BRASIL, 1988).

Desta forma, se faz mister exigir, à luz da legislação, que a família, a sociedade e o Estado busquem a inclusão da pessoa idosa no contexto social bem como a melhoria de sua qualidade de vida, através do completo bem-estar físico, mental e social, ou seja, sua saúde. Pois em conformidade com os ditames Constitucionais, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito fundamental, a seguir: “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Corrobora a lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, no Título II, Capítulo IV, reforça o direito à Saúde da pessoa com mais de 60 anos, da seguinte forma: “Todos os adultos mais velhos têm o direito de ter acesso a um programa de Atenção Global à Saúde. O SUS – Sistema Único de Saúde é o órgão que deve cumprir este direito” (BRASIL, 2003). Portanto, o Estatuto da Pessoa Idosa é um importante instrumento de proteção e inclusão das pessoas na terceira idade.

Assim, a inclusão é um importante fator para o relacionamento social e manutenção das habilidades e competências dos idosos, pois estes são considerados muitas vezes incapazes por seus familiares e pela sociedade, tendo o direito legal de usufruir de todos os benefícios que a inclusão oferece no meio em que vivem.

Através deste estudo, docentes e discentes da enfermagem e de outras áreas da saúde poderão desenvolver trabalhos científicos, artigos, palestras, conferências sobre o tema. Este estudo tem relevância para a área da educação, pois só através da educação poderemos transformar as pessoas e as pessoas, empoderadas do conhecimento, poderão transformar o mundo, derrubando preconceitos, acabando com a exclusão social, a discriminação do idoso e promovendo, mantendo e restabelecendo a qualidade de vida do idoso. Tem relevância para a saúde, pois através da melhoria da qualidade de vida do idoso, responsáveis ou familiares, profissionais de saúde das Clínicas da família e demais profissionais do NASF poderão intervir em prol e em benefício do idoso. É relevante para a sociedade, pois através da inclusão social do idoso, ele poderá produzir retorno benéfico à sociedade, através das **artes**: teatro, dança, pintura; da **ciência**: ao provar que as habilidades e competências do idoso demonstram eficiência, apesar de sua perda de eficiência ao longo dos anos; na queda do preconceito social: demonstrando serem os idosos capazes de desenvolver atividades nunca dantes a eles designadas. Enfim, a assistência aos idosos, visando a inclusão e melhor qualidade de vida, os tornarão seres mais independentes, autônomos, voltados para seu bem-estar físico e mental. Assim, eximindo-os do estigma de serem indivíduos geradores de uma carga social, que causa impacto econômico e psicológico na vida familiar e na sociedade onde habitam. Desta forma, a saúde física e mental do indivíduo idoso será beneficiada melhorando com isso sua qualidade de vida.

Hipotisa-se que o idoso que frequenta com assiduidade a Clínica da Família de sua área adscrita, tem sua qualidade de vida melhorada e sua inclusão social promovida, através das ações da Estratégia Saúde da Família.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA – PNAB, O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE- PACS

O SUS foi criado em 1988 e, nos anos subsequentes, regulamentado pelas Leis Orgânicas (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Sendo que a Lei nº 8.080/90 estabelece que a gestão, as ações e os serviços do SUS acatem princípios estruturantes, e estejam em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Constituição de 1988. Sendo que a lei 8142/90 estipula os conselhos e conferências de saúde como instâncias para a participação social, em níveis nacional, estadual e municipal (MOREIRA; SCOREL, 2009). Baseado nessas leis que regem o SUS, o Ministério da Saúde desenvolve políticas, programas e estratégias de atenção à saúde, de modo a atender os cidadãos em suas variadas necessidades, e em níveis de complexidade diversas, prezando, assim, pela universalidade do acesso, a equidade e a integralidade da assistência. Para esse fim, os serviços de saúde estão estruturados em atenção primária com as tecnologias de baixa densidade e baixo custo, a secundária com serviços ambulatoriais e diagnósticos e profissionais especializados, e a terciária, que envolve procedimentos de alta tecnologia e alto custo, como os de diálise e os oncológicos (BRASIL, 2007).

Portanto, a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2017).

Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no decorrer dos últimos quase vinte anos, vem se caracterizando no sentido de por em prática os princípios da Atenção Primária à Saúde, reestruturando o modelo assistencial tradicional, focalizado em práticas individualistas e curativas, baseado na abordagem familiar. Esse processo iniciou-se oficialmente com a implantação em 1991 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF) (GENIOLE et al., 2010).

Desta forma vale ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma

a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento (BRASIL, 2017).

Assim, O PACS, ou seja, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, surgiu no início dos anos 90, porém só em 1997 foi efetivamente regulamentado e instituído, à época do início do processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde. Desta forma, o programa é uma importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência domiciliar e ambulatorial. Sendo compreendido como estratégia provisória para o Programa Saúde da Família. Assim, o PACS foi motivado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde. Este programa tem por meta contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, visando à ligação efetiva entre as unidades de saúde e a comunidade. Portanto, as principais ações desenvolvidas neste programa ocorrem por meio dos ACS, ou seja, Agentes Comunitários de Saúde, que são moradores das comunidades, indicados para atuarem junto à população (BRASIL, 2001).

Desta forma, a valorização da família, assim como o respeito à comunidade em que se insere, além de estimular a sua participação na promoção da saúde e na prevenção das doenças são linhas-eixo da filosofia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA- PSF E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Adentro como uma estratégia inovadora, o Programa Saúde da Família - PSF reestruturou a atenção primária no SUS, as prioridades das ações em saúde, e acarretou modificações nos demais níveis da atenção, instalando equipes multiprofissionais mais próximas da comunidade e da população. Assim, em 2006, o Programa é reconhecido com Estratégia por meio da Portaria 648. A ação da Estratégia Saúde da Família - ESF se dá através de atividades próximo a uma população adscrita, com uma equipe profissional responsável, por no máximo 4.000 habitantes. A média aconselhada é de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006a). Os dados dos atendimentos e visitas são gravados na base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) / Datasus.

Na Estratégia Saúde da Família, as ações a serem implementadas, bem como os serviços, são executados e efetuados desde o princípio pelo diagnóstico de saúde da comunidade, e o mecanismo de trabalho está concernente com a interação entre a Equipe de Saúde da Família e a população adscrita, segundo (CAPISTRANO FILHO, 1999 *apud* COSTA, 2006). Assim, o autor supracitado salienta que a proposta da Estratégia Saúde da Família é a promoção da assistência humanizada, com destaque no vínculo de compromisso e co-responsabilidade. É valioso que os integrantes conheçam a história da comunidade, suas formas de convivência e organização, a hierarquia de seus problemas determinada pelos que sofrem, suas aspirações e frustrações; ou seja, faz-se imprescindível produzir o diagnóstico de saúde da comunidade para conhecer quais as ações prioritárias a serem realizadas. A Estratégia Saúde da Família tem por objetivo a organização e a integração de seus serviços em território delimitado, com o propósito de resolver e enfrentar os problemas detectados, objetivando mudanças radicais no sistema, de modo articulado e constante. O diagnóstico da comunidade direcionará para quais seriam as ações prioritárias a serem trabalhadas primeiro. O grande distintivo é que essa Estratégia não segue o parecer corriqueiro dos programas tradicionais do Ministério da Saúde, por não abordar intervenção pontual no tempo e no espaço, e sequer de forma vertical ou paralela às atividades de costume do serviço de saúde (MAIA; DANTAS; ROCHA, 2003 *apud* SILVA; SILVA; LONSING, 2003). Assim, observa-se que a Estratégia Saúde da Família é um novo modelo de assistência à saúde, objetivando a saúde da família em sua totalidade. Neste novo modelo de assistência à saúde, delimita-se um território e a população a ser assistida na área adscrita. A partir do começo do levantamento das necessidades, ou seja, o diagnóstico da comunidade, é que a ESF realiza suas ações. Todavia, é valioso memorar que existem os Programas de Saúde, mais notadamente o Programa de Assistência Integral à Saúde do idoso (BRASIL, 2009) que prevê que profis-

sionais de saúde, inclusive a Enfermeira, em seu dia-a-dia, poderá realizar a identificação de idosos que apresentam qualidade de vida debilitada e não inclusão social.

O NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA- NASF, A AUTONOMIA DOS IDOSOS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Desta forma, em 2008, com a Portaria nº 154, foram implantados os NASFs – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que têm como responsabilidade central empreender e fortalecer diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2008). A equipe do NASF, opera em parceria, como apoio as equipes de Saúde da Família. Hodiernamente a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incluindo os NASF é gerenciada pela portaria nº 2.488 de 21 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011).

Portanto, elevar a autoconfiança, a capacidade, a autonomia de usuários e grupos sociais, seja nas relações institucionais, seja nas interpessoais, carece ser objetivo primordial das boas práticas de reabilitação. Tal prática tem sido denominada também de empoderamento. Seu significado é imprescindível, retratando aumento de informação, ampliação de potencialidades, da participação real e simbólica e da percepção dos pacientes, que assim passam a ser sujeitos, e não apenas objetos das ações.

Assim, promover espaços de troca entre os profissionais, profissionais e usuários, estabelecer fóruns de diálogo e debate, construir redes colaborativas na construção da saúde e no compromisso com a inclusão social contribuirá também para tal “empoderamento” não só dos pacientes, mas também dos profissionais, favorecendo o reconhecimento das suas potencialidades e facilitando o enfrentamento dos desafios inerentes à sua atuação, para que algumas recomendações possam ser formulada (BRASIL, 2009).

Neste diapasão, a Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Assim, de acordo com o artigo 1º do Estatuto do Idoso do Brasil, são consideradas pessoas idosas aquelas que têm idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Quanto a isso, Papalia, Olds e Feldman (2013), esclarecem que “Especialistas no estudo do envelhecimento algumas vezes se referem às pessoas da faixa entre 65 e 74 anos como idoso jovem, aos de 75 ou mais como idoso idoso, e aos acima de 85 anos como idoso mais velho”. Já Bee (1997) relata que “Os que têm mais de 65 anos podem ser divididos, para facilitar, entre os idosos mais jovens (65-75) e os idosos mais velhos (75+)” (GONÇALVES, 2016).

Desta forma, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa dita que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem relevância fundamental no enfrentamento das necessidades de saúde dos idosos e de seus familiares, por meio do cuidado domiciliar. A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o profissional enfermeiro da ESF deve fazer uso da visita domiciliar como um dos meios possíveis para a abordagem ao idoso em seu contexto familiar e comunitário, considerando as especificidades do mecanismo de envelhecimento e objetivando o cuidado integral (OLIVEIRA, 2013).

No tocante a população idosa, são identificados dois marcos legais: a Constituição de 1988, que estabelece, nos artigos 229 e 230, a obrigação de incluir nas políticas as necessidades e direitos desta população; e o Estatuto do Idoso, que garante os direitos e o estabelecimento das redes de proteção e o atendimento direcionados aos idosos (TORRES; SANTOS SÁ, 2008; MARTINS, 2001).

O CICLO VITAL E O IDOSO, AÇÕES DA CLÍNICA DA FAMÍLIA VOLTADAS PARA O IDOSO

De acordo com o artigo 1º do Estatuto do Idoso do Brasil, são consideradas pessoas idosas aquelas

que têm idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Conforme, Papalia, Olds e Feldman (2013) “A proporção de pessoas idosas entre as populações em todo o mundo é maior do que antes e espera-se que continue a crescer. Pessoas acima dos oitenta são o grupo de idade que cresce mais rápido”. Elaborado pelos autores salientam que “A expectativa de vida aumentou sensivelmente e quanto mais as pessoas vivem, mais querem viver”.

A longevidade é uma ação irreversível e inevitável, e de extrema relevância para a humanidade. O quantitativo de indivíduos idosos acima de 80 anos ou mais tem aumentado, requerendo atenção e responsabilidade da parte dos profissionais de saúde. Conhecer o processo de envelhecimento requer o estudo de vários fatores, tal qual: o estilo de vida. Assim, este fator pode estar relacionado a maior longevidade desses idosos muito velhos (LIMA, 2014).

Assim, outrElaborado pelos autores ressaltam que o envelhecimento é uma fase singular da existência, apontada por alterações morfológicas, psicológicas, bioquímicas e fisiológicas distintas e fortemente relacionadas à ocorrência do tempo, trata-se de um ciclo ao ser humano inerente, que necessita de atenção tão intensamente da família, de tal maneira autoridades políticas competentes no curso de conduzir políticas públicas à figura idosa, especialmente nas áreas do direito, saúde, assistência e previdência (ROSA, 2012; BARROSO *et al.*, 2015).

Enfim, não se pode deixar de lembrar de autores que citam as melhores evidências disponíveis, relacionadas às mulheres, que vivenciam a menopausa, na senilidade, em todo o mundo (HOGA *et al.*, 2015).

Dessa maneira, as Nações Unidas citam que as ações de saúde baseadas na promoção e prevenção e a melhoria das condições de vida do idoso estão condicionadas pelas políticas públicas em Saúde (VERDIAL, 2015).

Assim, o cuidado da pessoa idosa tem início com a corresponsabilidade entre profissionais da atenção básica e dos profissionais que lidam nos demais pontos de atenção dos diversos componentes, proporcionando as articulações essenciais para potencializar as ações desenvolvidas pela Rede de Atenção à Saúde. No elenco de ofertas, acentua-se a importância de serviços e ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde, através do aumento da cobertura vacinal, instruções sobre nutrição e alimentação, práticas de atividades físicas, instrução relacionada à prevenção e acompanhamento de vítimas de violência, prevenção de quedas, autocuidado, higiene e saúde bucal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, instrução e acompanhamento das doenças crônicas, do sofrimento mental, acarretados ou não pelo uso de substâncias psicoativas, direcionadas não só à pessoa idosa, como também aos seus familiares e cuidadores, e especialmente na assistência às condições clínicas mais frequentemente que adoecem o idoso. O MS-Ministério da Saúde tem algumas estratégias, voltadas aos profissionais de saúde e em especial aos da atenção básica, assim como a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa, a vasta divulgação e distribuição do Caderno de Atenção Básica a respeito do envelhecimento e saúde da pessoa idosa e o investimento em diversos tipos de capacitação que objetivam instrumentalizar as equipes para aumentar e qualificar o acesso da pessoa idosa na atenção básica. Ademais, uma função fundamental nessa ampliação e qualificação do acesso é a identificação das pessoas idosas no território, mapeando os idosos mais vulneráveis, de modo a suprir suas exigências de saúde, além de acompanhar a desenvolvimento das situações de saúde com realce na funcionalidade e monitorar o prosseguimento na rede (HOFFMANN; LOBO, 2014).

Destarte, cabe ressaltar que as ações da Clínica da Família permitem ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, assim como e também mapear os idosos de risco da área de abrangência (CARVALHO, 2016).

Desta forma, a partir da identificação de dificuldades nas ações oriundas da Clínica da Família, do Programa de Saúde do Idoso, pode-se ampliar a cobertura do Programa e melhorar a adesão dos idosos

a este Programa. Assim como melhorar a qualidade da atenção à Saúde do idoso, na Unidade de Saúde, garantir o atendimento dirigido intensamente na preservação de sua funcionalidade e autonomia, na inclusão social, em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida dos senescentes, promover a saúde desta população e mapear os idosos de risco da área de abrangência, a fim de melhorar os registros das informações (ESTRADA, 2016; PAN, 2016; RODRÍGUEZ, 2015).

Desta maneira, as ações programáticas destinadas ao grupo de idosos, de acompanhamento clínico e de promoção à saúde, traz grande impacto no controle das doenças e para a saúde dos idosos (HECHAVARRIA, 2015).

Assim, sempre que o cuidar do idoso apresenta qualidade, o impacto é positivo. Portanto é imprescindível conhecer os idosos do território, para o fortalecimento do trabalho da equipe de saúde, para o aumento do vínculo com a comunidade e para a melhoria das ações realizadas de forma sistematizada, que demonstram ser possível contribuir para o processo de melhoria da qualidade de vida desta população, da sua inclusão na rotina de trabalho da unidade de saúde, com enfoque principal na prevenção de doenças, controle de agravos, e fortalecimento da mudança de comportamento da população idosa (PINTO, 2015).

Portanto, a Unidade Básica de Saúde contribui para as condições de vida da população idosa, realizando Intervenções, com objetivo de melhorar a qualidade de vida desta população alvo. Desta forma, no decorrer da intervenção são constituídas técnicas de desempenho junto a Equipe de Saúde da Família, humanizando o atendimento, melhorando assim a atenção básica à comunidade de idosos. Assim é necessário avaliar e acompanhar a problemática condicionada a esta faixa etária, ampliando a cobertura; atualizando os registros de informações; mapeando os riscos de morbidade; incluindo ações de saúde bucal; entre outras práticas de promoção a saúde (VERDIAL, 2015).

FATORES QUE INTERFEREM NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO, IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO SOCIAL DO IDOSO

Alguns Fatores interferem positivamente na melhoria da qualidade de vida do idoso, tal qual a atividade física. Assim é notório que o exercício físico, se praticado frequentemente e acertadamente, posterga as perdas funcionais, propiciando ao idoso melhor qualidade de vida e autonomia. Destarte, os programas de exercícios físicos para o idoso devem ser voltados para a sua desenvoltura, aprimoramentos físico e funcional, além de ensiná-lo a respeito do seu próprio corpo, suas aptidões e limitações.

Destarte, exercitar-se regularmente é essencial em todas as fases do ciclo vital. A World Health Organization (2015) embora recomende que essa prática seja iniciada na infância e juventude, o início em idades mais avançadas é relevante. Com o crescimento da população idosa e a busca por envelhecer com qualidade, o exercício físico ganha destaque na Terceira Idade e torna-se fator essencial para a prevenção das doenças e agravos comuns nesta fase da vida, os quais levam à dependência funcional, perda da independência e da autonomia, e também para a organização de programas e Políticas Públicas, cujo objetivo seja a promoção da saúde e benefícios biológicos e psicossociais para os idosos. Assim como e também outros fatores interferem negativamente, na qualidade de vida dos idosos. São eles: diabetes mellitus, doenças osteomusculares, hipertensão arterial e depressão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016; ROCHA, 2019).

Portanto, envelhecer na contemporaneidade, época em que a expectativa de vida é em torno de 70 a 80 anos, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, exige debate político e implementação de ações essenciais para propiciar um envelhecimento saudável (RODRIGUES, 2019).

Desta forma, no ano de 2014, alguns autores citaram que em 2025, os idosos no Brasil atingirão uma população de 30 milhões de pessoas, sendo quase 15% equivalente, assim o envelhecimento da população é irreversível (SILVA; YAZBEK, 2014).

Portanto, a inclusão social está profundamente associada à questão da proteção e do emprego social

pelo povo, em nosso país. Coabitamos em uma sociedade, onde os direitos são reconhecidos enquanto favor, tutela, um benefício e não privilégio próprio para o estabelecimento de uma vida socialmente digna e de qualidade (RODRIGUES; NERI, 2012).

Dessa forma, no que se refere ao Estatuto do Idoso e em conformidade com Torres e Santos Sá (2008), os direitos por ele conjecturados que focam no incremento da inclusão social do idoso são: direito à vida (viver com merecida dignidade, com fácil aproximação aos bens/serviços socialmente produzidos); direito à informação (obter informação, permutar ideias, debater, interrogar, compreender) com fácil aproximação à informática, tecnologia, as notícias, senha bancária, aos eletroeletrônicos, entre outros, assim como para tomar conhecimento de como laboram os serviços prestados por intermédio, da política social, como labora a rede de atendimento social, a gestão pública, os conselhos, como o poder público investe o capital no setor do envelhecimento; direito à vida familiar, à convivência social/comunitária (receber apoio e apoiar a família, preservar laços e laços familiares, trocar experiência; obter suporte emocional, social e psicológico); direito ao respeito (às limitações, às diversidades, a forma de compreender o mundo); direito à preservação da autonomia (ter preservada a habilidade de realizar trabalhos sozinho ou com auxílio, ter preservada a privacidade e a habilidade de realizar as atividades diárias); direito do acesso aos serviços que asseguram as condições de vida (ter acesso à educação, aos serviços de saúde, moradia, lazer, entre outros); direito de participar, opinar e resolver sobre sua própria vida (conhecer e participar dos conselhos, de atividades recreativas e de convivência) (MARTINS, 2011; SILVA; YAZBEK, 2014; LEITE *et al.*, 2021).

METODOLOGIA

Para o presente artigo realizou-se uma pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica busca relações entre conceitos, características e ideias, muitas vezes unindo dois ou mais temas (ALMEIDA, 2011).

Esse tipo de pesquisa caracteriza-se a partir do registro disponível, que provém de pesquisas já realizadas em teses, artigos, livros, documentos impressos. Dessa forma, textos tornam-se fontes dos temas que serão trabalhados e pesquisados (SEVERINO, 2007). Essa pesquisa busca conhecer e analisar contribuições científicas a respeito sobre determinado assunto (MARTINS; LINTZ, 2000). Alves (2007) menciona que:

Pesquisa bibliográfica é aquela desenvolvida exclusivamente a partir de fontes já elaboradas – livros, artigos científicos, publicações periódicas, as chamadas fontes de “papel”. Tem como vantagem cobrir uma ampla gama e fenômeno que o pesquisador não poderia contemplar diretamente.

Para a busca de trabalhos como fontes de pesquisa, foram empregadas as palavras-chave: Ações, Atenção Primária, Qualidade de vida, Idoso, Inclusão Social, Saúde da Família; na base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de junho a setembro de 2021. A questão que orientou a busca pelos artigos nessa revisão foi: “A não melhoria da qualidade de vida e a inclusão social do idoso, decorre das ações da Clínica da Família e pode ser revertida”?

Na divisão da Ciência da Saúde da BVS encontraram-se 7 artigos, sem intervalo de ano de publicação em português. Dentre esse montante, todos continham textos completos liberados para consulta e em português. Dessa forma, após um estudo dos artigos, foram selecionados 7 que enfatizaram a qualidade de vida e inclusão social do idoso. A análise das informações foi realizada por meio de leitura exploratória do material encontrado, em uma abordagem qualitativa.

Porém na Base de dados do PubMed encontraram-se 2 artigos, sem intervalo de ano de publicação em inglês. Dessa forma, após um estudo dos 2 artigos, foi selecionado 1 que enfatizou a qualidade de vida do idoso e sua inclusão social.

Portanto, dos 9 artigos encontrados, apenas 1 não atendeu ao critério de inclusão: qualidade de vida e inclusão social do idoso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a respeito das ações da estratégia saúde da família que interferem na melhoria da qualidade de vida do idoso e na sua inclusão social, foram importantes e significativos. Observou-se, a prevalência da existência de preconceitos e resistências no contexto social em relação ao idoso, desconhecimento de familiares quanto a importância da inclusão social de idosos e a melhoria da qualidade de vida, inexistência de instituições assistenciais voltadas para melhoria da qualidade de vida e inclusão social desse segmento da sociedade.

Dos estudos encontrados relacionados às palavras-chave pesquisadas nas bases de dados, 8 (88,8%) corresponderam aos critérios de inclusão propostos. Destes, 03 (37,5 %) foram publicados no ano de 2016 e 05 (62,5%) foram publicados no ano de 2015. Dentre os 8 estudos selecionados para a análise, dos quais 87,5% (7 artigos) foram publicados em periódicos nacionais e 12,5% (1 artigo) foi publicado em periódico estrangeiro.

Quanto ao local de realização dos estudos, o Brasil se destacou com o número integral de estudos realizados em seu território, com 8 (100 %). Os dados são descritos na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1- Artigos que compuseram a amostra da Revisão Bibliográfica de acordo com o título, ano, periódico e país. Rio de Janeiro – RJ.

Nº	Título	Ano	BASE	PAÍS
1	Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Conquista II, em Rio Branco/AC. Rodriguez	2015	BVS	Brasil
2	Melhoria na Atenção a Saúde das pessoas com 60 anos ou mais, na USF Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. Pinto	2015	BVS	Brasil
3	Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence.	2015	PubMed	Brasil
4	Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN	2015	BVS	Brasil
5	Melhoria da Saúde dos Idosos da área de abrangência da UBS Maria de Fatima Ferreira de Paula, Plácido de Castro/Acre).	2015	BVS	Brasil
6	Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Francisca Barbosa Guerra, Rio Branco/AC	2016	BVS	Brasil
7	Qualificação da Atenção do Programa de Saúde da Pessoa Idosa na USF Gentil Perdomo no Município de Rio Branco Acre	2016	BVS	Brasil
8	Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/USF Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira, AM	2016	BVS	Brasil

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Nesse sentido, a longevidade é uma ação inevitável, de extrema relevância para a humanidade. Conhecer o processo de envelhecimento requer o estudo de vários fatores, dentre eles: o estilo de vida (LIMA, 2014).

Desta forma, outros autores relatam estudos que vão ao encontro a dados anteriormente mencionados e citam que o envelhecimento é uma fase singular da existência, apontada por alterações morfológicas, psicológicas, bioquímicas e fisiológicas distintas e fortemente associadas à ocorrência do tempo. Portanto, trata-se de um ciclo inerente ao ser humano, que necessita de atenção de todos, especialmente das áreas do direito, saúde, assistência e previdência (ROSA, 2012; BARROSO *et al.*, 2015).

Desta forma, o cuidado da pessoa idosa tem início com a corresponsabilidade entre profissionais da atenção básica e dos profissionais que atuam nos diversos setores de atenção dos vários componentes, proporcionando as articulações essenciais para potencializar as ações desenvolvidas pela Rede de Atenção à Saúde (HOFFMANN; LOBO, 2014). Corroboram alguns autores ao mencionarem que a melhor qualidade da atenção à Saúde do idoso, na Unidade de Saúde, é garantida pelo atendimento dirigido intencionalmente na preservação de sua funcionalidade e autonomia, na sua inclusão social, em cuidados e tratamentos que tem por propósito melhorar a qualidade de vida dos idosos, promovendo a saúde desta população e mapeando esta população de risco da área de abrangência, com o intuito de melhorar os registros das informações (ESTRADA, 2016; PAN, 2016; RODRÍGUEZ, 2015).

Portanto, as ações programáticas destinadas à população de idosos, voltadas ao acompanhamento clínico e de promoção à saúde, traz grande impacto no controle das doenças e para a saúde dos idosos (HECHAVARRIA, 2015). Desta forma é necessário avaliar e acompanhar a questão condicionada a esta faixa etária, estendendo a cobertura, renovando os registros de informações, mapeando os riscos de morbidade, acrescentando ações de saúde bucal, entre outras ações de promoção a saúde (VERDIAL, 2015).

CONCLUSÃO

O estilo de vida do idoso está diretamente relacionado ao processo de envelhecimento.

Sendo uma fase única da existência. Portanto um ciclo único, que carece da atenção de todos, com corresponsabilidades diversas de profissionais da atenção básica. A prática de atitudes e comportamentos saudáveis devem ser postos em debate, nos programas governamentais. Atividades complementares ao tratamento médico devem existir com a finalidade de obtenção da qualidade de vida e saúde, bem como a inclusão social do idoso.

Portanto, envelhecer na atualidade, ocasião em que a expectativa de vida é em torno de 70 a 80 anos, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento requer debate político e, implementação de ações essenciais para proporcionar um envelhecimento saudável. Verificou-se que o estudo apresentou limitações. A grande maioria dos estudos selecionados tiveram como cenário o território brasileiro. Finalmente, vale ressaltar que a hipótese desse estudo teve sua comprovação. Estudos mencionaram a melhoria da qualidade de vida e inclusão do idoso ocorrer através da presença assídua, destes, nas Clínicas da Família. Sendo que a atuação do Enfermeiro e equipe da atenção básica apresentam fundamental relevância, nas ações da Clínica da Família, que interferem na melhoria da qualidade de vida do idoso na sua inclusão social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese:** uma abordagem simples, prática e objetiva. São Paulo: Atlas. 2011. Disponível em: <<https://xdocs.com.br/doc/elaboracao-de-projeto-tcc-dissertacao-e-tese-2-ed-2014-3nrexlkw28j>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

ALVES, M. **Como escrever teses e monografia:** um roteiro passo a passo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
BARROSO, N. P.; BATISTA, K. G. S.; DIAS, S. A.; COSTA, M. L. políticas públicas e a defesa dos direitos da pessoa idosa. **Anais CIEH**, v. 2, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://editorarealize.com.br/editora/anais/>>

cieh/2015/TRABALHO_EV040_MD2_SA10_ID1720_21082015170041.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2021.

BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRASIL. **Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/lei-no-10-741-de-01-de-outubro-de-2003>. Acesso em: 24 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: MS, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF: MS, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648/ GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2006a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 15 de maio de 2008**. Disciplina procedimentos sobre a emissão de certidão de tempo de contribuição pelos regimes próprios de previdência social. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/PORTARIA-MPS-no-154-de-15mai2008-atualizada-ate-04set2018.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Secretaria Executiva. Brasília, 2001. 40 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 02 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27. Brasília, 2009. 160 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 17 ago. 2021.

CAPISTRANO FILHO, D. O. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. **Estudos Avançados: dossiê Saúde Pública**, v. 13, n. 35, p. 89-100, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100008>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CARVALHO, T. N. **Qualificação da atenção do programa de saúde da pessoa idosa na USF Gentil Perdomo no Município de Rio Branco - Acre**. 2016. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-6963>. Acesso em: 20 ago. 2021.

COSTA, P. G. **Oficina de linguagem na Saúde Coletiva: uma experiência de atenção fonoaudiológica**. 2006. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica São Paulo, 2006. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/12038>. Acesso em: 20 ago. 2021.

ESTRADA, L. C. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS/USF Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira - AM**. 2016. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-6632>. Acesso em: 20 ago. 2021.

GENIOLE, L. Aparecida Ishiyama; KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; VIEIRA, Cristiano Costa Argemon; MOYSÉS, Samuel Jorge. **A estratégia saúde da família: histórico da estratégia de saúde da família**. Campo Grande, MS: FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15668>. Acesso em: 03 set. 2021

GONÇALVES, J. P. Ciclo Vital. Início, desenvolvimento e fim da vida humana: possíveis contribuições para educadores. **Contexto & Educação**, Unijuí, v. 98, p.79-110, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/about/submissions#authorGuidelines>. Acesso em: 20 ago. 2021.

HECHAVARRIA, F. M. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Antônio Santana Neto, Areia Branca-RN**. 2015. 90 f. Trabalho de Conclusão de (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-6760>. Acesso em: 22 ago. 2021.

HOFFMANN, M. C. C. L.; LOBO, M. C. A. (Orgs). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. In: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 30., 2014, Brasília, DF. **Anais [...]**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf Acesso em: 20 ago. 2021.

HOGA, L.; RODOLPHO, J.; GONÇALVES, B.; QUIRINO, B. Women's experience of menopause: a

systematic review of qualitative evidence. **JBIM Database of Systematic Review Implementation Report**, v. 13, n. 8, p. 250-337, sep. 2015. DOI: 10.11124/jbis_rir-2015-1948.

JOBIM, T.; MIUCHA; BUARQUE, Chico. **A vida tem sempre razão**. 1971. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KtL08d4xfaQ>. Acesso em: 15 ago. 2021.

LEITE, M. D. S.; MOURA, W. A.; FRANÇA, L. F. M.; LAVOR, L. H.; CAVALCANTE, M. L.; SARMENTO, T. A. B.; SILVA, A. M. A proteção social ao idoso e o trabalho de inclusão: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 6, ed. 1, n. 4, p. 92-112, 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencias-sociais/trabalho-de-inclusao>. Acesso em: 20 ago. 2021.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a /brwPfqgg4pXST8tyFYyH9Ts/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2021.

LIMA, W. R. **Estilo de vida e sua associação com a longevidade de idosos muito velhos de Aracaju, SE**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224655>. Acesso em: 18 ago. 2021.

MAIA D.; DANTAS, M. R.; ROCHA, R. **Saúde na escola e qualidade de vida: os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e sua Interface com a Escola**. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2003.

MARTINS, G. A.; LINTZ, A. C. **Guia para elaboração de monografias e trabalho de conclusão de curso**. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, L. O. A contribuição do trabalho do assistente social em centro de convivência para idosos: limites e possibilidades. **Revista UNIABEU Belford Roxo**, v. 4, n. 8, 2011. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/214>. Acesso em: 18 ago. 2021.

MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um centro de referência à pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015>. Acesso em: 18 ago. 2021.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pgVkJGZVkhNkVssbbRtZbwVC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2021.

OLIVEIRA, A. M. S. **A enfermeira no cuidado domiciliar a idosos: desvelando os sentidos do vivido**. 2013. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9580/1/Disserta%c3%a7% c3%a3o%20Final.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2021.

PAN, C. **Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Francisca Barbosa Guerra, Rio Branco/AC.** 2016. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-6934>. Acesso em: 20 ago. 2021.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano.** 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: https://www.academia.edu/25557735/Diane_E_Papalia_Desenvolvimento_Humano_PD. Acesso em: 16 ago. 2021.

PINTO, R. M. **Melhoria na atenção a saúde das pessoas com 60 anos ou mais, na USF Recanto dos Buritis II, Rio Branco/AC.** 2015. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-6790>. Acesso em: 10 ago. 2021.

ROCHA, S. M. C. (Org.). **Políticas de envelhecimento populacional 5.** Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. v. 5 Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/wp-content/uploads/2019/11/e-book-politicas-de-envelhecimento-populacional-5.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hXdPHHxLVdyNz3SGqZrJxNC/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.

RODRIGUES, R. A. P. Envelhecimento saudável e o exercício de direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 30-43, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/t5JXJxf7PLkVyRWTmV3HgDh/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

RODRÍGUEZ, M. S. **Qualificação da atenção à saúde do idoso na UBS Conquista II, em Rio Branco/AC.** 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-6463>. Acesso em: 20 ago. 2021.

ROSA, A. L. C. S. **O envelhecimento na pós-modernidade.** In: LEMOS, M. T. T. B.; ZABAGLIA, R. A. **A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade e estatuto do idoso.** São Paulo: Idéias & Letras, 2012.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C.; LONSING, A. A integração e a articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2006.

SILVA, M. R. F.; YAZBEK, M. C. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista Katálysis, Florianópolis**, v. 17, n. 1, p. 102-110, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/yGpCjdCY8gjG3ZZ5dPpZbTL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

SOUSA; F. J. D.; SILVA, M. P. S. D. C.; ANDRADE, F. S. S. D. Atividade física em idosos no contexto amazônico. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 2, p. 792-798, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v5n2/v5n2a11.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

TORRES, M. M.; SANTOS SÁ, M. A. A. Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer. **Revista Ciências Humanas, Taubaté**, v. 1, n. 2, 2008. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/203>. Acesso em: 18 ago. 2021.

VERDIAL, V. L. **Melhoria da Saúde dos Idosos da área de abrangência da UBS Maria de Fatima Ferreira de Paula, Plácido de Castro/Acre**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-6884>. Acesso em: 20 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva. 2015. Disponível em: https://reliefweb.int/report/world/world-report-ageing-and-health?gclid=Cj0KCQjwzqSWBh-DPARIsAK38LY_aFGo2MXp4hxB3eH_TJgnrLOGuZs4i84DvNesapbKJxilx6g1UsaAsJSEALw_wcB. Acesso em: 15 ago. 2021.