

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Glauciane Resende do Nascimento

**PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS E FRATURA
DE FÊMUR EM IDOSOS NA ÁREA ADSTRITA A ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ANDORINHAS – OURO PRETO/ MG**

Conselheiro Lafaiete/ MG

2012

Glauciane Resende do Nascimento

**PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS E FRATURA
DE FÊMUR EM IDOSOS NA ÁREA ADSTRITA A ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ANDORINHAS – OURO PRETO/ MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
Apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica e Saúde da Família
da Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do certificado de
Especialista.

Professora Dra. Maria Aparecida
Camargos Bicalho

Conselheiro Lafaiete/ MG

2012

Glauciane Resende do Nascimento

**PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS E FRATURA
DE FÊMUR EM IDOSOS NA ÁREA ADSTRITA A ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ANDORINHAS – OURO PRETO/ MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
Apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica e Saúde da Família
da Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do certificado de
Especialista.

Professora Dra. Maria Aparecida
Camargos Bicalho

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a Maria Aparecida Camargos Bicalho - orientadora

Prof. Dr^a Maria Dolôres Soares Madureira - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 03 de Março de 2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que me ajudaram nesta conquista.

Ao meu marido e filha Sarah;

A minha orientadora que sempre tão paciente me ajudou a construir o
conhecimento;

A minha equipe da Estratégia de Saúde da Família que contribuiu na construção
deste plano de ações.

A todos, o meu “muito obrigada!”

RESUMO

O Brasil está em nítido processo de envelhecimento. Tendo em vista as perspectivas de aumento da população idosa e as transformações epidemiológicas inerentes a estas mudanças, faz-se necessário um maior investimento em políticas e ações de saúde direcionadas ao público idoso. A fratura de fêmur consiste em uma importante causa de morbimortalidade para esta faixa etária no Brasil. Diante disso, este trabalho propõe um plano de ações que objetiva a prevenção de quedas e da fratura de fêmur em idosos através de medidas que permeiam o contexto sócio-econômico-cultural do idoso e tem como atores envolvidos nas ações a Equipe de Saúde da Família, a comunidade, a família, os cuidadores e o próprio idoso. A metodologia utilizada na construção do Plano de Ações foi a do Planejamento Estratégico Situacional.

Palavras chave: Planejamento Estratégico Situacional. Fratura de Fêmur. Queda. Idoso. Prevenção.

ABSTRACT

Brazil is in an aging progress. Given the prospects of aging and the epidemiological transformations following it, it is important to invest in policies and actions directed to the elderly public health. In Brazil, the hip fracture is an important cause of morbidity and mortality for this population. Therefore, this paper proposes a plan that focuses on prevention of falls and the hip fractures in the elderly people through measures that permeate the socio-economic and cultural context of the elderly. The actors involved in the plan are members of the Family Health Team, community, family, caregivers and, the elderly itself. The methodology used in its construction was the Situational Strategic Planning.

Key word: Situational Strategic Planning. Hip Fracture. Fall. Elderly. Prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Evolução da taxa de Fecundidade no Brasil entre 1940 e 2000	13
Figura 2	Projeção da Pirâmide Populacional Brasileira entre os anos 1980-2050	15
Figura 3	Taxas de internação hospitalar por fratura de fêmur em maiores que 60 por regiões	34
Figura 4	Explicação do Problema	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Matriz Descritiva dos Problemas da Unidade de Estratégia de Saúde da Família Andorinhas	45
Tabela 2	Aspectos ambientais	52
Tabela 3	Hábitos de Vida	53
Tabela 4	Isolamento do Núcleo Familiar	54
Tabela 5	Violência Contra o Idoso	55
Tabela 6	Aspectos Naturais da Senilidade	56
Tabela 7	Osteoporose	58
Tabela 8	Medicações e Iatrogenia	59

QUADROS

Quadro 1	Fatores de risco para fraturas secundárias à osteoporose	27
-----------------	--	-----------

ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANG	Associação Nacional de Gerontologia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
mg	Miligramas
OMS	Organização Mundial de Saúde
QIJ	Quociente Idoso Jovem
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

01 INTRODUÇÃO -----	12
1.1 Brasil e Transição Demográfica -----	12
1.2 Transição Epidemiológica no Brasil -----	17
1.3 Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso -----	19
1.4 A Queda -----	29
1.5 A Fratura de Fêmur no Idoso -----	25
1.6 Osteoporose -----	26
02 JUSTIFICATIVA -----	33
03 OBJETIVOS -----	37
3.1 Objetivo Geral -----	37
3.2 Objetivos Específicos -----	37
04 METODOLOGIA -----	39
4.1 Planejamento Estratégico Situacional -----	39
4.2 Definição e Priorização do Problema -----	44
4.3 Descrição do Problema Priorizado: causa e consequência -----	47
4.4 Explicação do Problema -----	49
4.5 Seleção dos Nós Críticos -----	51
4.6 Elaboração e Análise do Plano de Ação -----	52
05 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	61
REFERÊNCIAS -----	64

01 INTRODUÇÃO

1.1 Brasil e transição demográfica

A transição demográfica encontra-se em diferentes fases em todo o mundo. Em conjunto com a transição epidemiológica, resulta no principal fenômeno demográfico do século XX, e é conhecido como envelhecimento populacional. Para Carvalho e Andrade (2000) envelhecimento significa “aumentar o número de anos vividos”. Segundo Carvalho E Wong (2008), o ritmo de crescimento populacional desta faixa etária (maiores que 60 anos) é o que conduz ao envelhecimento.

A transição demográfica originou-se na Europa no contexto da Revolução Industrial, quando diminuíram significativamente as taxas de fecundidade. Este fenômeno acentuou-se com o advento da pílula anticoncepcional e com o aumento da expectativa de vida. Ocorreu de modo insidioso e lento e foi possível graças às melhores condições sociais, de saneamento, uso de antibióticos e produção de vacinas.

Na América Latina, mais especificamente nos países em desenvolvimento, esse fenômeno é muito mais recente que o europeu. É muito bem exemplificado pelo processo brasileiro. Hoje, o que se processa no Brasil, país ainda em envelhecimento, é um fenômeno de transformação etária muito semelhante ao ocorrido na Europa no século XIX. Porém, as implicações são diferentes para um país pobre e em desenvolvimento (NASRI, 2008).

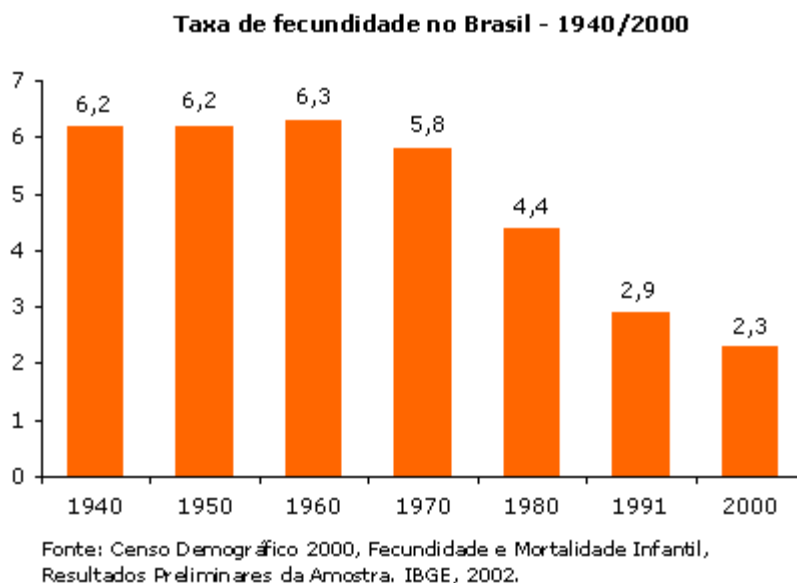
O maior diferencial em relação à transição demográfica europeia e a latino-americana, foi o momento histórico no qual ocorreram. No modelo Europeu, aconteceu em um momento significativo de desenvolvimento social, com melhoria das condições de vida e da distribuição de renda. No Brasil, ocorreu em meio a um processo de urbanização e crescimento populacional, sem planejamento ou infraestrutura adequadas. O contexto brasileiro de transição etária é caracterizado por história e cultura de extremas desigualdades socioeconômicas (CARVALHO e WONG, 2006; NASRI, 2008).

Entre os anos 40 e 60, o Brasil ainda era um país nitidamente jovem e estável, com altas taxas de fecundidade, e experimentava pela primeira vez uma queda acentuada das taxas de mortalidade. A composição da população permaneceu relativamente estável até o início dos anos 70, quando se iniciou o rápido processo de desestabilização da estrutura etária brasileira. Em 1970, apenas 3,1% da população possuía mais do que 65 anos (CARVALHO e WONG, 2008). Entre 2000 e 2005, houve diminuição do tamanho absoluto da população nos grupos etários de 10 a 19 anos. A expectativa é que o número de maiores de 65 anos aumentará durante toda a metade do século XXI.

A partir do final da década de 60, as taxas de fecundidade diminuíram primeiramente entre as famílias de classe mais favorecida disseminando-se para as outras classes sociais, desencadeando um processo de envelhecimento da população. O quadro de mudanças acentuou-se após os anos 60 em decorrência de quedas expressivas da fecundidade a tal ponto que, quando comparado com situações vivenciadas por outros países, o Brasil realizava uma das transições demográficas mais rápidas do mundo. Em países

como a França, por exemplo, essa transição levou quase dois séculos. A redução da taxa de fecundidade da população brasileira pode ser bem observada na figura 1 (IBGE, 2010).

Figura 1 – Evolução da taxa de Fecundidade no Brasil entre 1940 e 2000



Outro fator que contribuiu com este fenômeno foi o aumento da expectativa de vida média dos brasileiros nos últimos 50 anos, sem ter havido melhora significativa concomitante das condições de vida e de saúde da população idosa (IBGE, 2010).

É necessário também mencionar dentre as causas do envelhecimento populacional a urbanização. Na década de 1940, apenas 20% da população vivia em regiões urbanas. Em menos de 40 anos, o país deixara de ser predominantemente rural passando a urbano. Atualmente, cerca de 80% da população brasileira vive em centros urbanos.

Desta forma, à diminuição das taxas de fecundidade, queda da mortalidade e processo de urbanização intenso, soma-se o aumento da expectativa de vida dado pelo incremento tecnológico e avanço nas técnicas de cuidado contribuindo para a consolidação do processo de envelhecimento brasileiro (BRASIL, 2002c).

Entre os anos de 1970 e 1990 a população jovem diminuiu de 15% para 11%; da mesma forma o grupo etário entre 5 a 9 anos declinou de 14% para 12%, tendo alcançado a marca de 9% no ano 2000. Paralelamente, o número de idosos maiores que 65 anos aumentou de 3,1% para 5,5% no mesmo período. (CARVALHO e WONG, 2008).

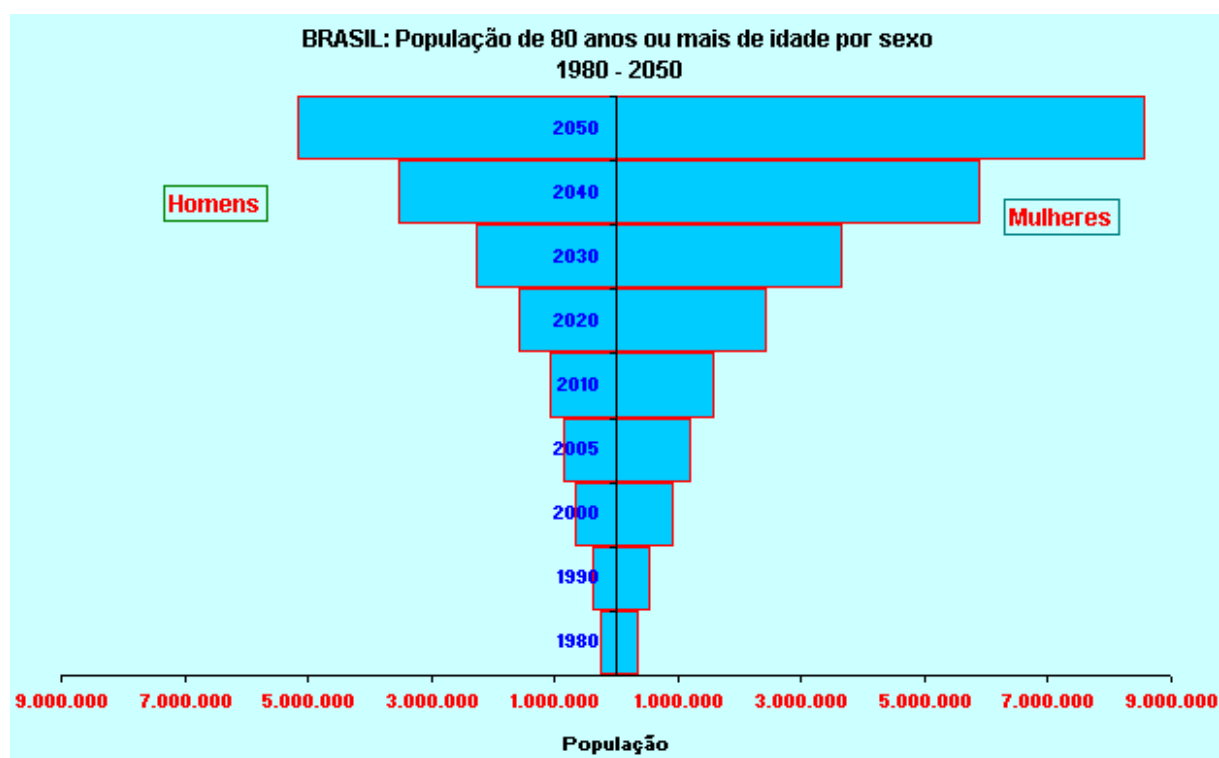
Um fator que caracteriza bem esta alteração intergeracional é o Quociente Idosos-Jovem (QIJ). Este quociente é comumente chamado de Índice de Envelhecimento e é uma medida que considera apenas os grupos etários extremos. Serve para avaliar o envelhecimento populacional. A medida deste quociente tem revelado que o Brasil é um dos países com processo de envelhecimento mais acelerado do mundo (CARVALHO e WONG, 2008).

As perspectivas, segundo o IBGE (2010), são que em 2025 o grupo de idosos poderá exceder 30 milhões, atingindo quase 13% da população geral. As expectativas para os próximos anos no Brasil, segundo Carvalho e Wong (2006) seguem a mesma tendência. A taxa de fecundidade dificilmente retornará a níveis mais altos. A mortalidade, mesmo diante da fragilidade dos dados sobre óbitos de adultos, continuará declinando.

Para o IBGE (2009), nas projeções para 2025 o QIJ será provavelmente cinco vezes maior do que em 1975. Para cada 100 jovens menores que 15

anos haverá em torno de 46 idosos. Em 1975 a proporção era de 10 idosos para cada 100 jovens. Neste ano, o número de idoso ultrapassará o número de crianças e chegará a 19% da população brasileira total. O grupo etário acima de 80 anos corresponderá a 28% da população. Este grupo correspondia, em 2000, a 17% do total de idosos (figura 2).

Figura 2 – Projeção da população brasileira acima de 80 anos entre os anos 1980-2050



Fonte: IBGE – Projeção da População do Brasil: 1980-2050. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm

No período compreendido entre 2000 e 2050, 88 milhões de pessoas serão adicionadas à população total. Apesar disso, entre os jovens taxas de crescimento negativas prevalecerão, o que trará como consequência a redução

no número absoluto deste segmento populacional. Enquanto a população total crescerá em torno dos 50%, a população com menos de 15 anos declinará em torno de 10%. A população de idosos tenderá a aumentar 2,4% ao ano. O acréscimo de idosos na população no primeiro quartel do século XXI será em torno dos 550 mil idosos, e poderá superar a casa de um milhão entre 2025 e 2050 (IBGE, 2010).

A partir de 2050, a população idosa continuará a crescer, mesmo que em ritmo mais lento. E não haverá declínio na proporção da população brasileira por ela constituída, pois estará ocorrendo concomitantemente diminuição do número de indivíduos em todas as faixas etárias abaixo de 45 anos, uma vez que haverá uma redução do número de nascimentos no país durante todo o período compreendido entre 2010 e 2050 (IBGE, 2010).

1.2 Transição epidemiológica no Brasil

O fenômeno de transição demográfica tem implicações importantes para um país. As mudanças etárias também provocam mudanças epidemiológicas. O perfil das doenças também se transforma. Em um país jovem, prevalecem as doenças infecto-contagiosas, enquanto que em um país envelhecido, se sobrepõem as doenças crônico-degenerativas. As doenças que apresentam a idade como fator de risco, como as demências, cujo maior fator de risco é a idade tendem a aumentar sua prevalência, e, junto com elas vem as incapacidades. As mudanças etárias devem estar atreladas transformações nas políticas de saúde, planejamento, previdência e condições sociais. O

indivíduo idoso exige cuidados que desafiam as políticas de saúde, devido às doenças crônicas que apresentam, além de incorporarem disfunções nas faixas etárias mais avançadas (NASRY, 2008).

Dentro desta mesma reflexão, Carvalho e Wong (2006) apontam que com a transformação etária outros programas atenção à saúde, como por exemplo os materno-infantis, podem ser qualitativamente melhorados, uma vez que o número de beneficiários diminui. Entretanto, as demandas da população idosa poderão tornar-se tão grandes que recursos de outros programas precisarão ser alocados para este segmento populacional.

Na idade adulta os gastos são compensados pela capacidade contributiva da população economicamente ativa. Entretanto, os maiores gastos em saúde ocorrem (em valor absoluto e per capita) com a população idosa. Após os 40 anos de idade os gastos governamentais são basicamente com saúde, pensões, e aposentadorias. Com um idoso os gastos são em média quatro dólares per capita, dez vezes o quantitativo gasto com uma criança (BEHRMAN, 2001; TURRA, 2000).

Diante dos dados expostos, a sociedade brasileira tem desafios emergentes a serem enfrentados. Uma redefinição de prioridades na alocação de recursos, tendo em vista o novo padrão demográfico, garantindo ganhos sociais e econômicos mais elevados a médio e longo prazos, é uma necessidade urgente. A sociedade deve despertar para o fato de que os jovens de hoje terão que sustentar o contingente de idosos, que crescerá rapidamente e comporá uma proporção crescente da população total do país.

1.3 Política Nacional de Atenção à Saúde do idoso

A parcela da população de 65 anos e mais, como dito no capítulo anterior, aumentará continuamente e aproximar-se-á dos 20% da população total. Em 2050, o Brasil defrontar-se-á com o desafio de suprir as necessidades de uma sociedade mais envelhecida. A questão é saber se, num curto período de tempo, o Brasil – que tem uma distribuição de renda e de serviços sociais notavelmente injusta, e um serviço de saúde precário – será capaz de enfrentá-lo com êxito (CARVALHO e WONG, 2006)

Sabe-se que a demanda por cuidados de saúde relacionada à população idosa é diferente daquela apresentada pelo resto da sociedade, devido à incapacidade e aos processos degenerativos, que requerem vultuosos gastos em equipamentos, medicamentos e recursos humanos capacitados. A magnitude do aumento dos custos com a assistência à saúde advém, em parte, da proporção de idosos com problemas crônicos, ou seja, com necessidades permanentes de atenção à saúde. Estima-se que entre 75% a 80% da população acima de 60 anos na América Latina tem pelo menos uma doença crônica (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2000)

Em relação à saúde pública em geral, sabe-se que os serviços de saúde são direcionados principalmente para a saúde materno-infantil, reprodutiva e doenças infecciosas. Com a transição epidemiológica brasileira e, considerando as limitações do sistema de saúde público brasileiro, o rápido processo de envelhecimento traz à tona a necessidade de se redefinirem as

políticas de saúde com o intuito de prevenir, ou atenuar, o desamparo das gerações mais velhas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A rápida urbanização da população altera as estruturas trabalhistas, gerando maior custo de vida, maiores jornadas de trabalho e, principalmente, maior incorporação da mulher como força produtiva. Estes fatos tornam os familiares menos disponíveis para cuidar dos idosos mais dependentes (IBGE, 2009).

Uma maneira eficiente de atuar na promoção da Saúde do Idoso é, por exemplo, desenvolver políticas de prevenção a doenças crônicas, capazes de determinar incapacidades. Entre as outras prioridades está, sem dúvida, a formação de recursos humanos para serviços geriátricos e gerontológicos, desde o cuidador, perpassando pelo nível primário de atenção à saúde, e chegando aos tratamentos de alta complexidade (CARVALHO e WONG, 2006; OLIVEIRA, 2006).

Várias reivindicações feitas pela sociedade desde meados da década de 70 culminaram na formulação de Políticas específicas para a Terceira Idade nos anos 90. Com o intuito de preparar-se para atender esta demanda eminente a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) estabeleceu um rol de recomendações para atenção à pessoa idosa. Em 1994 foi dado um importante passo em direção a melhoria das condições de saúde dos idosos - a promulgação da Lei nº 8.424 em 4 de janeiro de 1994 - que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e que veio de encontro a esta demanda (BRASIL, 1994).

A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. O ano de 1999 foi considerado o Ano Internacional do Idoso em virtude da grande importância e preocupação em relação a este segmento da população.

Em 10 de Outubro de 2003 foi instituído o Estatuto do Idoso através da Lei 8.842 que resgata os princípios constitucionais que garantem aos idosos direitos que preservam a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2003; OLIVEIRA, 2006).

Em 2006 o Ministério da Saúde aprova o Pacto pela Saúde com a finalidade de pactuar novos compromissos e responsabilidades a nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades de saúde da população, articulando três componentes básicos: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Neste documento, ao tratar do Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas (MARIN *et al*, 2008).

Em outubro de 2006 foi promulgada a Lei 2.528, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), que veio contribuir com o movimento de melhoria das condições de vida do Idoso. Foi imprescindível para estimular a formulação de estratégias capazes de considerar a heterogeneidade desta população e, por conseguinte, a diversidade de questões apresentadas. Tem como diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;

- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre o envelhecimento.

Nem sempre os serviços, profissionais de saúde e cuidadores estão devidamente preparados para atender às necessidades desta parcela da população de forma a garantir qualidade de vida por meio da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. Em vista desse contexto, verifica-se a necessidade de transformação do modelo assistencial e criação de iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação (MARIN *et al*, 2008).

Em nossa realidade, o modelo de atenção à saúde predominante por muitas décadas tem-se caracterizado pela fragmentação do cuidado, centralização do poder no profissional médico e dificuldade de acesso da população com menor poder aquisitivo. Desta forma, torna-se difícil atender

adequadamente aos diversos e complexos problemas de saúde da população (MARIN *et al*, 2008).

A definição e implementação de uma nova política nesta área merece maior atenção com objetivo de evitar, a médio e longo prazos, problemas graves, dado o rápido processo de envelhecimento populacional (OLIVEIRA, 2007).

Uma vez que o conceito de envelhecimento ativo pressupõe a independência como principal marcador de Saúde, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de Saúde. Aproveitar a janela de oportunidades e preparar a sociedade para os desafios secundários à transformação etária depende da conscientização da sociedade em tempo hábil para se definir e implementar os planos de promoção da saúde.

1.4 - A queda

Segundo Coutinho *et al* (2002), as quedas são reconhecidas como um importante problema de saúde pública entre os idosos, em decorrência da frequência, da morbidade e do elevado custo social e econômico decorrente das lesões provocadas. Estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa mostram que aproximadamente um terço da população acima de 65 anos sofreu pelo menos uma queda durante o último ano. Entre idosos que sofreram quedas, 3 a 5% apresentaram fraturas graves.

No Brasil, cerca de 30% dos idosos sofre pelo menos uma queda por ano. No sul do país, 34,8% dos idosos já sofreu pelo menos uma queda e, destes, 12,1% apresentou fratura de fêmur (SIQUEIRA *et al*, 2007).

As quedas em idosos têm como consequência, além de possíveis fraturas e risco de morte, medo de cair, restrição de atividades, diminuição da capacidade funcional e declínio da saúde. São temidas por produzirem uma importante perda de autonomia, aumento do risco de institucionalização e diminuição da qualidade de vida dos idosos. Podem ainda apresentar repercussões para os seus cuidadores, principalmente os familiares, que devem se mobilizar em torno de cuidados especiais, modificando toda a rotina em função da recuperação ou adaptação após a queda (COUTINHO *et al*, 2002; PERRACINI *et al*, 2002).

A queda e, por consequência, a fratura no fêmur estão associadas a alguns fatores. A idade, por si só, constitui um fator de risco consistente para queda. O envelhecimento, por si só, associa-se a perda de equilíbrio, de massa muscular e óssea favorecendo a queda. Outros fatores estão claramente associados á queda como o sedentarismo, o uso de medicações, a doenças crônicas, hábitos de vida como etilismo e tabagismo e a solidão.

A prevenção é importante no sentido de minimizar problemas secundários às quedas. Estudos têm mostrado que é possível diminuir a ocorrência de quedas com cuidados simples como promoção da saúde e prevenção; revisão das medicações; modificações arquitetônicas nos domicílios promovendo maior segurança; promoção da segurança fora do domicílio. Intervenções multidisciplinares, implementação de atividades no

âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com grupos de atividade física orientada, grupos operativos com abordagem da alimentação, prevenção e tratamento de doenças crônicas como osteoporose, redução do hábito do tabagismo e alcoolismo, entre outras, podem auxiliar no processo de prevenção de quedas no âmbito populacional (SIQUEIRA *et al*, 2007).

A elevada prevalência de quedas no Brasil sugere que a atenção básica brasileira e as equipes de ESF devem ser qualificadas e reorganizadas para atender os idosos, visando à prevenção da ocorrência deste importante agravo neste segmento da população.

1.5 A Fratura de Fêmur no Idoso

A fratura do fêmur proximal é uma causa comum e importante de mortalidade e perda funcional. Segundo Sakaki *et al* (2004), a incidência deste tipo de fratura aumenta com a idade, devido principalmente ao aumento do número de quedas e à maior prevalência de osteoporose. Sendo assim, neste trabalho faremos uma abordagem das principais causas de fratura.

A fratura de fêmur traz prejuízos importantes ao idoso. Podemos citar os prejuízos: econômico - que eleva os custos com internação, uma vez que a fragilidade do idoso exige cuidados intensivos e programas de reabilitação por longo período; e, social - que leva o idoso à perda parcial ou total da funcionalidade, com diminuição do convívio social e da capacidade para realizar de forma independente suas atividades (SAKAKI *et al*, 2004).

A fratura do fêmur proximal pode ser intracapsular ou extracapsular. No primeiro tipo figuram as fraturas do colo femoral e no segundo as fraturas trans-trocantéricas. Ambas decorrem de traumas de baixa energia, como quedas. O grande aumento de incidência destas fraturas na faixa etária acima dos 65 anos se deve principalmente à instalação da osteoporose, bem como à maior incidência de quedas nesta faixa etária (SAKAKI *et al*, 2004).

Apesar de medidas como prevenção de quedas, tratamento precoce da osteoporose, incentivo à atividade física regular e controle de outras doenças, as fraturas femorais no idoso continuam sendo muito frequentes.

1.6 – Osteoporose

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1994) define osteoporose como desordem esquelética caracterizada pela redução da massa óssea ou alterações da microarquitetura do tecido ósseo que leva a redução da resistência do osso e aumento da suscetibilidade à fratura. O diagnóstico é realizado quando à densitometria óssea observam-se valores de densidade mineral óssea inferiores a 2,5 desvios padrões em relação à população mais jovem, o que implica em aumento do risco de fraturas (FREIRE JÚNIOR *et al*, 2006).

A osteoporose faz parte do processo natural de envelhecimento e caracteriza-se pela diminuição substancial da massa óssea que provoca ossos descalcificados, finos e de extrema sensibilidade. É uma doença silenciosa e que causa muito sofrimento, uma vez que geralmente é diagnosticada apenas

após a ocorrência de uma fratura. A osteoporose é a doença óssea mais comum e a principal causa de fraturas por fragilidade esquelética (BRASIL, 2011).

Existem alguns tipos de osteoporose: a pós-menopausa que atinge mulheres no climatério; a senil que atinge pessoas acima dos 70 anos de idade; e a secundária, que atingem pessoas com doença hepática grave, endócrina, hematológica, em uso crônico de corticóides, dentre outras causas (BRASIL, 2011).

Segundo a portaria SAS/Ministério da Saúde nº470 de 22 de Julho de 2002, que institui o protocolo com diretrizes terapêuticas para a osteoporose, são vários os fatores de risco de adoecimento. A grande maioria destes fatores está envolvida tanto no desenvolvimento da osteoporose quanto na ocorrência de fraturas. Podemos citar aqui a história prévia da fratura; baixo peso; sexo feminino; raça branca; fatores genéticos; hábitos de vida como o tabagismo, abuso de álcool e drogas, consumo exacerbado e prolongado de cafeína, sedentarismo e uso prolongado de determinados medicamentos, como corticosteróides e anticonvulsivantes. A baixa ingestão alimentar de cálcio representa um fator de risco de grande importância. A menopausa precoce, a menarca tardia e a amenorréia também aumentam o risco de osteoporose, assim como doenças endocrinológicas (Doenças tireoidianas e Diabetes Mellitus), hematológicas, reumatológicas, gastroenterológicas, e neurológicas (BRASIL, 2002a).

Associados aos fatores de risco para a osteoporose existem os riscos para desenvolvimento de fraturas que são ainda mais importantes (quadro 1), (BRASIL, 2002b).

Quadro 1 - Fatores de risco para fraturas secundárias osteoporose

Não Modificáveis	Modificáveis
<ul style="list-style-type: none"> - História de fratura na idade adulta; - História familiar de fratura; - Raça Branca; - Sexo feminino; - Demência; - Saúde comprometida/fragilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento com corticoesteróides; - Insuficiência estrogênica; - Baixo peso; - Baixa ingestão de Cálcio; - Tabagismo, alcoolismo; - Déficit da acuidade visual; - Quedas frequentes; - Fragilidade da força muscular; - Sedentarismo;

Fonte: Ministério da Saúde – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Osteoporose (2002).

No mundo, 13% a 18% das mulheres e 3% a 6% dos homens acima de 50 anos apresentam osteoporose diagnosticada através da densidade óssea do fêmur proximal. Quando os valores densitométricos do antebraço, da coluna lombar e do fêmur são avaliados em conjunto, até 30% das mulheres acima dessa faixa etária apresentam diminuição da massa óssea. Esta porcentagem aumenta com o processo de envelhecimento. Baixa densidade mineral óssea na coluna lombar é observada, por exemplo, em 15% das mulheres na sexta

década e em cerca de 50% das que se encontram na nona década (BRASIL, 2002a).

No Brasil, o número de pessoas que possui a doença chega a 10 milhões e os gastos com o tratamento e a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) são elevados. Em 2010, o SUS gastou aproximadamente 81 milhões de dólares para a atenção ao paciente portador de osteoporose e vítimas de quedas e fraturas. Vale ressaltar, que ainda hoje a densitometria óssea não está disponível para ser realizada em todos os indivíduos com indicação para sua realização. Sendo assim, atualmente ainda existe uma sub notificação da osteoporose no país (BRASIL, 2011).

A manifestação clínica mais comum da osteoporose é a fratura vertebral, que pode ser assintomática em mais da metade dos casos. Por isso, a grande maioria dos diagnósticos é acidental e por acaso. Entretanto, a fratura mais grave secundária à doença é a fratura do colo proximal do fêmur. Associa-se a altos índices de mortalidade e a limitações de movimento (incapacidade). Entre os idosos é uma importante causa de imobilidade e de dependência para o exercício de suas funções cotidianas (BRASIL, 2002a).

O diagnóstico pode ser clínico ou laboratorial. O clínico é dificultado por ser uma doença silenciosa. Entretanto, na observância dos fatores de risco, como história previa de fratura (pessoais ou familiares) ou ocorrência de fratura não associada a trauma ou associada com trauma mínimo, deve-se suspeitar de osteoporose. É importante que nesta etapa haja uma avaliação adequada da história pregressa e exame físico no intuito de descartar causas secundárias de perda de massa óssea. A osteopenia por osteomalácia, *osteogenesis*

imperfecta e hiperparatireoidismo deve ser considerada no diagnóstico diferencial das causas secundárias, pois estas são potencialmente reversíveis. O diagnóstico laboratorial é suscitado pela radiografia e confirmado pela densitometria óssea (BRASIL, 2002a).

Tendo em vista que o padrão ouro para o diagnóstico da osteoporose é oneroso, não é recomendado que o rastreamento seja feito indiscriminadamente. Entretanto, são de extrema importância a busca ativa por indivíduos portadores de fatores de risco e a disponibilidade do método diagnóstico para todas as mulheres acima de 65 anos, independente dos fatores de risco. Exceção feita aos casos em que não existam indicações para sua realização– pacientes terminais, acamados, entre outros (BRASIL, 2002; DREZNER e ROSEN, 2011).

O tratamento preventivo das fraturas por osteoporose está baseado na melhora geral das condições necessárias para uma boa saúde esquelética e consiste basicamente numa alimentação rica em cálcio, principalmente com alimentos provenientes do leite; atividade física regular, se possível com utilização de carga; melhoria das condições de equilíbrio; melhoria das condições visuais, exposição ao sol ou reposição de vitamina D (quando necessário), prevenção de quedas e, se necessário, intervenção farmacológica (BRASIL, 2002b).

Para prevenção e controle da osteoporose recomenda-se a ingestão de cálcio e o aporte adequado de vitamina D (exposição solar ou reposição via oral). Os fármacos também são importantes na prevenção e tratamento da osteoporose. Podemos citar basicamente (BRASIL, 2002b):

- Suplementos de cálcio: devem ser instituídos caso as necessidades mínimas diárias não sejam supridas pela alimentação.
- Reposição de vitamina D;
- Estrogênios: apesar de existirem controvérsias quanto à segurança da reposição hormonal, há eficácia na prevenção e tratamento da osteoporose. Um estudo de meta análise recente sugere redução da incidência de fraturas após o uso de estrógenos. Esta terapia não deve ser considerada como de primeira escolha (DREZNER *et al*, 2011) ;
- Bisfosfonados: é a classe de drogas de primeira escolha para a osteoporose. Associadas a suplementação de cálcio e vitamina D, reduzem o risco de fraturas e melhoram a densidade mineral óssea. O Alendronato e o Risendronato são os mais utilizados devido à comprovada eficácia na prevenção de fraturas, além de possuírem maior facilidade posológica. Entretanto, o Alendronato é o único com disponibilidade no SUS.
- A Calcitonina e o Raloxifeno são úteis no tratamento da osteoporose, mas não são drogas de escolha por possuírem uma ação mais limitada do que a dos bisfosfonados. A calcitonina está indicada nas fraturas vertebrais por possuir efeito também sobre a dor (DREZNER e ROSEN, 2011).
- Também disponíveis para o tratamento e com indicações específicas, figuram o ranelato de estrôncio e a teriparatida.

Apesar dos consideráveis avanços no tratamento da osteoporose e da importância do investimento no tratamento da doença, acredita-se que a melhor forma de combate à doença ainda sejam medidas de prevenção, pois uma vez instalada, possui os efeitos de uma doença crônica passível de tratamento por toda vida. Sendo assim, o MS não tem medido esforços para estimular a prática de medidas preventivas (BRASIL, 2011).

Considerando-se que este agravo atinge 10 milhões de brasileiros, há grande mobilização do MS contra a osteoporose. O foco das medidas, segundo um documento lançado no dia mundial de prevenção contra a osteoporose em Outubro de 2011, está na alimentação rica em cálcio, na suplementação de Cálcio e Vitamina D, no estímulo à exposição solar com as devidas precauções, na prevenção de quedas, e no estímulo à prática de atividade física. O intuito é que estas ações de prevenção se iniciem na infância e sejam estimuladas até a senilidade.

Desta forma, delineamos o nosso trabalho com vistas ao estabelecimento de ações que reduzam a incidência e o impacto das quedas e da fratura de fêmur, consequentes à osteoporose, em nossa população idosa adstrita.

02 JUSTIFICATIVA

O MS tem estimulado as equipes de saúde à criação de ações e iniciativas que visem uma atenção integral e mais humanizada, com vistas à prevenção de agravos e promoção da saúde da pessoa idosa. É dever da Atenção Básica e das equipes de ESF promover estas ações. Para tanto, é essencial a participação da equipe multidisciplinar, com o envolvimento dos atores responsáveis pelas transformações nos padrões de cuidado e proteção do idoso - nesse caso a família, a comunidade, e o próprio idoso (BRASIL, 2007).

Para combater eventos capazes de causar grande impacto na saúde do idoso, a queda e a fratura de fêmur foram escolhidos como eventos sentinelas para a equipe de saúde da família. Tendo em vista que a queda e a fratura de fêmur são causas frequentes de imobilidade e de internações de idosos no Brasil, o MS lançou a portaria nº 3.213 de 20 de Dezembro de 2007 que prevê a elaboração de políticas de prevenção e de promoção de cuidados para osteoporose e quedas na população idosa (BRASIL, 2007).

Considerando que as causas relacionadas à fratura de fêmur estão ligadas a fatores intrínsecos, como visão, audição, equilíbrio, força muscular, uso de medicações, demências, doenças cardiovasculares e endócrinas; e extrínsecos, como o ambiente, entende-se que grande parte dos efeitos causados por estes fatores internos e externos podem ser controlados ou evitados na tentativa de prevenir a queda e a fratura de fêmur (BRASIL, 2008).

Acredita-se que prevenção da fratura de fêmur é uma ação capaz de causar impacto na qualidade de vida do idoso e envolve questões que vão além da prevenção de quedas e da osteoporose. Para se avaliar este impacto, em 2008, o MS, através do Instrutivo dos Indicadores para Pactuação Unificada, estabeleceu o número de internações hospitalares por fraturas de fêmur em maiores de 60 anos como um indicador de qualidade da saúde do Idoso. Cabe a ESF contribuir com a redução da incidência destas internações.

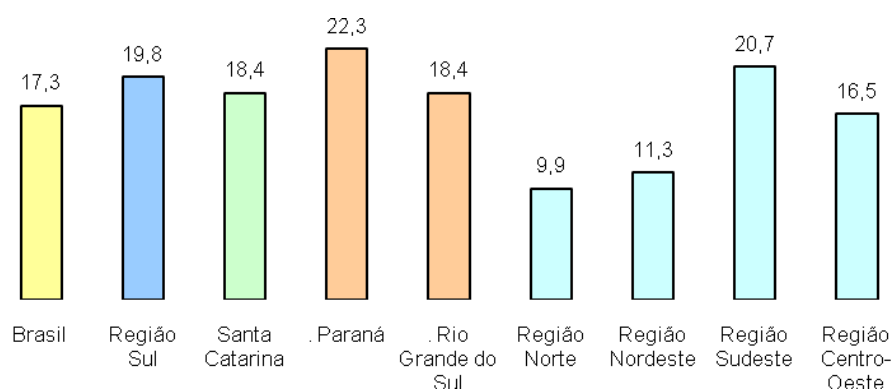
Analisando dados de óbitos por causas externas em idosos no Brasil, observa-se que em 2000 houve 2.034 mortes por quedas. Este número aumentou para 3.664 em 2005 e foi secundário apenas aos acidentes de transporte. Ainda, a taxa de internações por fratura de fêmur e queda em idosos tem aumentado significativamente, refletindo falta de iniciativas por parte das gestões locais e das equipes de saúde nas ações preventivas. Em 2010, as internações de idosos na rede pública consequentes a fraturas de fêmur atingiram a marca de 74 mil. Segundo a Linha Guia de Saúde do Idoso do Estado de Minas Gerais (2007), dentre as principais causas de óbitos em idosos no estado, estão os acidentes e a violência. Em 2006 foram registrados na macro região de Belo Horizonte 416 internações hospitalares por fratura de fêmur em maiores de 60 anos (BRASIL, 2008).

A figura 3 traz dados sobre as taxas de internação em 2008 por fratura de fêmur em maiores que 60 anos nas diversas regiões do país (BRASIL, 2008).

A Equipe de ESF de Andorinhas, localizada no município de Ouro Preto, macroregião de Belo Horizonte, onde se pretende implantar o Plano de Ações

proposto neste trabalho possui uma população adstrita total de 4.812 pessoas estimada pelo Diagnóstico Situacional realizado em 2010. Destas, 8,36% corresponde à população idosa. Em 2010 foram registrados quatro casos de fratura de fêmur nesta comunidade. Houve um aumento do número de casos notificados quando comparado ao ano anterior, quando foram registrados apenas dois casos. Além disso, não há na região nenhum plano de ações destinado a promoção da saúde do idoso (NASCIMENTO, 2010).

Figura 3 – Taxas de internação hospitalar por fratura de fêmur em 2008 na população acima de 60 anos por regiões



Fonte: Instrutivo dos indicadores para pactuação unificada, 2008

Tendo em vista o cenário epidemiológico brasileiro, o Pacto pela Vida propôs uma redução progressiva das internações por fratura de fêmur em idosos. A meta do governo federal é reduzir em 2% ao ano a taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas. Diante disso, há ainda muito a se fazer para contribuir com a diminuição destes índices. Este

trabalho se propõe a criar ações dentro da ESF para contribuir com o acordo firmado entre os municípios brasileiros e o MS em prol da redução da mortalidade por fratura de fêmur nesta parcela da população (BRASIL, 2011).

De acordo com Silvestre *et al* (2003), relacionando os dados expostos acima e refletindo sobre as prioridades propostas pelo modelo assistencial vigente no Brasil, pautado na prevenção de agravos, a criação de um plano de ações que vislumbra a prevenção de quedas e da fratura de fêmur em idosos é uma iniciativa que vem corroborar com as propostas de atenção à saúde do idoso. Ainda nesse contexto, tem a premissa de contribuir com o empoderamento de sua cidadania, garantir sua dignidade, bem estar e direito a vida. Sendo assim, na seção seguinte serão expostos os objetivos deste trabalho.

03 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um Plano de Ações cuja finalidade é a prevenção de quedas e de fraturas de fêmur em idosos da área adstrita à Estratégia de Saúde da Família Andorinhas – Ouro Preto/ MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Sistematizar através do plano de ações as atividades da equipe de saúde frente à prevenção das fraturas de fêmur em idosos dentro da comunidade;
- Envolver a equipe no processo de planejamento das ações de modo a torná-la mais comprometida com a causa proposta;
- Determinar as principais causas de quedas e consequente fratura de fêmur na população idosa residente na área adstrita a ESF Andorinhas – Ouro Preto/ MG;
- Identificar as causas, descritores e consequências dos nós críticos;
- Apropriar a equipe de saberes para que reconheça a sua governabilidade no enfrentamento da causa proposta;
- Organizar a forma de enfrentamento do problema e estabelecer prioridades para as ações propostas;

- Aumentar a eficiência e eficácia no processo de trabalho da equipe de saúde com otimização dos recursos disponíveis;
- Compartilhar o processo de planejamento com as equipes de saúde de outras regiões, com a comunidade e com todos os envolvidos no processo de prevenção deste agravo;
- Avaliar o processo de trabalho através de um novo diagnóstico situacional;

04 METODOLOGIA

4.1 Planejamento Estratégico Situacional

Neste trabalho utilizaremos como metodologia o Planejamento Estratégico Situacional – PES, por se tratar de uma metodologia mais leve, que busca simplificar, facilitar e agilizar a operacionalização de um processo de planejamento estratégico.

Um dos problemas mais antigos de várias instituições na construção do processo de trabalho é a ausência total ou parcial de planejamento. Não se pode negar a importância do planejamento para os governos e organizações. “Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”. (MATUS, 1996, p.34).

Em um contexto prático dos serviços de saúde, a importância do ato de planejar é semelhante. Assume um papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinjam os resultados propostos e esperados. Sem planejar as pessoas agem por inércia, as ações de saúde acontecem de forma desarticulada e o processo de trabalho ocorre de forma isolada, de acordo com as intenções individuais de cada componente da equipe de saúde (VIEIRA, 2009)

Tendo justificado a relevância do planejamento torna-se viável conceituá-lo. Partindo do verbo no infinitivo planejar, segundo Mazzali *et al* (2011), é inerente ao ser humano que o faz em busca de alcançar objetivos. Já para Matus (1993, p.82)

Planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar que nos levem. Devemos tratar de ser condutores de nosso próprio futuro. Trata-se de uma reflexão pela qual o administrador público não pode planejar isoladamente, está se referindo a um processo social, no qual realiza um ato de reflexão, que deve ser coletivo.

O planejamento tem como ferramenta o ato de planejar, ao passo que o plano é um momento do planejamento. Sendo assim, para Matus (1993, p.84) “o planejamento é o ato que preside a ação”. Corroborando com esta reflexão, o planejamento consta de um plano que tem como objetivo buscar um caminho para se alcançar objetivos propostos, com otimização dos recursos e participação de todos os atores envolvidos no processo, nesse caso, a equipe de saúde. Entretanto, para o planejamento é necessário um método. Segundo Mazzali *et al* (2011), existem diferentes maneiras de se planejar. Para Carlos Matus (1996, p.21) o PES pode ser conceituado como

Um instrumento teórico com metodologia prática, que busca tratar dos problemas de transformação social e deve ser aplicada de forma sistemática e com rigor no acompanhamento das ações pré-definidas, além de considerar os agentes que atuam por vezes em cooperação ou em conflito.

De acordo com os conceitos expostos acima, podemos considerar PES como um método de planejamento de aplicação viável dentro dos serviços de saúde. Nesse sentido, o plano de ações a que se propõe o presente trabalho será pautado nestes conceitos.

A escolha do método de planejamento ocorreu a partir da necessidade de se adequar o plano de ações a uma situação prática do cotidiano da

unidade de saúde considerando sua viabilidade. Em suma, o planejamento deve ser fácil de ser aplicado e possível de ser implementado.

O Plano de ações para a “A prevenção de quedas e da Fratura de Fêmur em Idosos” considerou todos os momentos propostos dentro do conceito do PES. Cumpriu todas as etapas inerentes ao processo com uma sequência lógica de ações e atividades. O cumprimento destas etapas é proposto por Matus (1993) na pretensão de contrapor a idéia de etapas adotadas no planejamento tradicional permeadas de fases estanques e rígidas. Constitui “uma dinâmica permanente e dialética, ora predominando uma lógica ora outra”. São quatro os momentos aplicados no PES

1. Momento Explicativo: busca o conhecimento da situação com identificação de problemas;
2. Momento Normativo: busca de soluções para os problemas identificados;
3. Momento estratégico: análise e construção de viabilidades para as propostas de solução elaboradas com formulação de estratégias;
4. Momento tático-operacional: execução do plano.

Estes têm suas especificidades, entretanto, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento. Eles se complementam, dão caráter dinâmico ao processo e instigam a participação multidisciplinar (CAMPOS *et al*, 2010).

Nesse sentido, faz-se relevante a descrição dos passos seguidos na construção deste planejamento. A proposta inicial foi a construção de um plano

de ações que tem por objetivo principal a prevenção de quedas e de fratura de fêmur em idosos, dada a relevância indiscutível do tema, uma vez que a fratura em idosos é uma causa comum de mortalidade e perda funcional (SAKAKI *et al*, 2004).

A definição dos problemas foi o primeiro passo em direção à construção do plano de ações. Foi extraído através do método de estimativa rápida e o ponto de partida foi o diagnóstico situacional realizado em maio de 2010 na Unidade de Saúde da Família Andorinhas em Ouro Preto.

Logo, o segundo passo foi o estabelecimento do problema-prioridade. Ao tema “imobilidade relacionada à fratura de fêmur”, dentro da perspectiva da Saúde do Idoso, foi atribuído valor alto mediante aos demais problemas listados na comunidade. O critério de prioridade foi o fato de que grande parte dos demais problemas de alto valor - hipertensão arterial, diabetes melitus, doenças crônicas, álcool e drogas, baixa adesão ao pré-natal, baixa adesão a puericultura, entre outros - já eram abordados por outras ações específicas. Entretanto, exceto pelo programa de Imunização do Idoso, na Unidade de ESF Andorinhas, não havia até o presente momento, nenhum programa instituído que visasse a melhoria da Saúde do Idoso.

A equipe manteve-se atenta para criação de um plano de ações para uma Linha de Cuidado que estivesse dentro de sua governabilidade.

No terceiro passo rumo ao alcance do objetivo cabe uma descrição minuciosa do problema. Isto é importante na medida em que caracteriza a dimensão do problema dentro da realidade. É a explicação do problema com investigação de suas causas e conhecimento de consequências. O objetivo é

entender a gênese do problema a ser enfrentado. É nesse passo onde acontece o resgate dos conceitos fundamentais.

O quarto passo objetivou viabilizar o cumprimento da etapa acima e caracterizou-se por uma revisão sistemática da literatura. Os descritores quedas, fraturas de fêmur, idosos, fatores de risco e revisão sistemática, em português e seus correspondentes em inglês, foram utilizados para acesso às seguintes bases de dados: Medline, Cochrane Library, Lilacs e Scielo. Não foram incluídos na revisão os relatos de casos isolados, exceto quando acompanhados de revisão da literatura.

O quinto passo foi a seleção dos nós críticos. O nó crítico, segundo Campos *et al* (2010) é um tipo de causa do problema que, quando 'atacada', é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Estabelecendo-os, então, tornou-se viável dar o sexto passo, caracterizado pelo desenho de soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, caracterizando o início do plano de ações propriamente dito. Vale a ressalva de que neste momento foi importante além de descrever as operações, identificar os produtos e resultados para cada operação definida, bem como os recursos necessários para a concretização das operações.

A operacionalização das ações, com definição dos recursos a serem utilizados foi um avanço em direção ao sétimo passo do PES que foi a identificação dos recursos críticos. Conforme Matus (1996), estes recursos são considerados indispensáveis, mas não estão ao alcance da equipe. Estabelecê-los é importante porque possibilita avaliar a viabilidade do plano.

Além disso, a equipe motiva-se a traçar estratégias para alcançar os recursos críticos.

A análise da viabilidade do plano caracterizou o oitavo passo. A idéia central desta avaliação consistiu no fato de que nem sempre o ator que planeja as ações controla todos os recursos necessários para a construção de seu plano. Tendo claras as estratégias para o alcance dos recursos necessários ao planejamento, tornou-se viável dar o nono passo que se deu pela elaboração do plano operativo propriamente dito.

Neste passo, foram designados os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas e se estabeleceram-se os prazos necessários para o cumprimento das ações. O décimo passo caracteriza-se pela gestão do plano, crucial para o êxito do processo de planejamento. Trata-se da implementação propriamente dita, que não será descrita nesse momento, partindo do princípio que este plano ainda não foi executado.

4.2 – Definição e priorização do Problema

A definição do problema foi feita junto à equipe de saúde. A equipe de saúde foi convidada para uma oficina cujo tema era “Indicadores do serviço de saúde”. Dentro desta oficina a equipe foi estimulada a levantar alguns indicadores que fossem capazes de descrever a qualidade do serviço de saúde. O índice de fratura de fêmur foi citado por integrantes da equipe empiricamente como um importante marcador da qualidade da atenção à saúde do idoso. Logo, o grupo foi convidado a elencar os problemas existentes

dentro da comunidade a partir dos indicadores apresentados (CAMPOS, 2010; MAZZALI, 2011).

Surgiram vários problemas, das mais diversas razões, que foram trabalhados com alguns critérios: importância, urgência e governabilidade. A estes problemas foram atribuídos valores baixo, médio ou alto de acordo com sua importância. Foram distribuídos pontos conforme a sua urgência; Além disso, para cada problema foi definida a capacidade de governabilidade da equipe, afim de que o plano de ações tivesse sua viabilidade garantida. Ao final foram organizados por ordem de prioridade conforme observação dos critérios (tabela 1).

A equipe foi capaz de elencar empiricamente vários problemas de ordem positiva, com alto valor de importância, com enfrentamento daqueles que estivessem dentro de sua governabilidade. Assim, foi utilizado um critério de inclusão a fim de estabelecer a primeira prioridade dentre tantas outras. Seria escolhido aquele problema cujos nós críticos não estivessem sendo atacados por nenhum programa ou plano de ações. A partir destas considerações a equipe de saúde concluiu que não havia qualquer ação desenvolvida diretamente para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Tabela 1 – Matriz Descritiva dos Problemas da Unidade de ESF Andorinhas

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de idosos acamados	Alta	9	Parcial	1
Alto índice de fratura de fêmur em idosos	Alta	9	Parcial	1
Alto risco cardiovascular	Alta	9	Parcial	1
Aumento da gravidez na adolescência	Alta	9	Parcial	1
Captação de gestantes após o primeiro trimestre	Alta	9	Parcial	1
Alcoolismo e abuso de drogas	Alta	9	Parcial	2
Baixa adesão à puericultura	Alta	8	Parcial	2
Alto índice de DST	Alta	7	Parcial	2
Alto índice de toxoplasmose	Alta	7	Parcial	3
Localidades de difícil acesso	Alta	5	Fora	4
Falta de água tratada	Alta	5	Fora	4
Falta de esgoto	Alta	5	Fora	4
Violência	Alta	6	Parcial	3
Desemprego	Alta	5	Fora	3

DST: Doença Sexuamente Transmissível

Fonte: SIAB e Ficha A

4.3 – Descrição do Problema Priorizado: causa e consequência

A descrição do problema tem como objetivo um aprofundamento do conhecimento de suas causas e consequências. Acredita-se que conhecendo um problema seu enfrentamento fica facilitado (CAMPOS *et al*, 2010).

O problema selecionado foi: “Alto índice de imobilidade relacionado a fratura de fêmur em idosos”. Serão descritas as causas pontuadas pela própria equipe de saúde. Estas causas foram levantadas a partir de um estudo observacional realizado por toda equipe, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que por um período de 15 dias visitaram todos os seus idosos com o intuito de registrar, empiricamente, a sua observação e identificar situações que pudessem favorecer a queda ou a fratura de fêmur nesse grupo etário.

Ao final desta observação, todos os membros da equipe trouxeram um relatório sobre suas observações com dados importantes para a criação do Plano de Ações. As principais causas da fratura de fêmur em idosos, encontradas na comunidade foram listadas pela equipe de forma empírica:

- Quedas;
- Áreas de difícil acesso;
- A topografia constituída de morros, escadarias, ladeiras muito íngremes, sem asfaltamento, calcamentos com pedras irregulares, buracos, lugarejos distantes, refletindo as condições de uma cidade histórica como Ouro Preto;

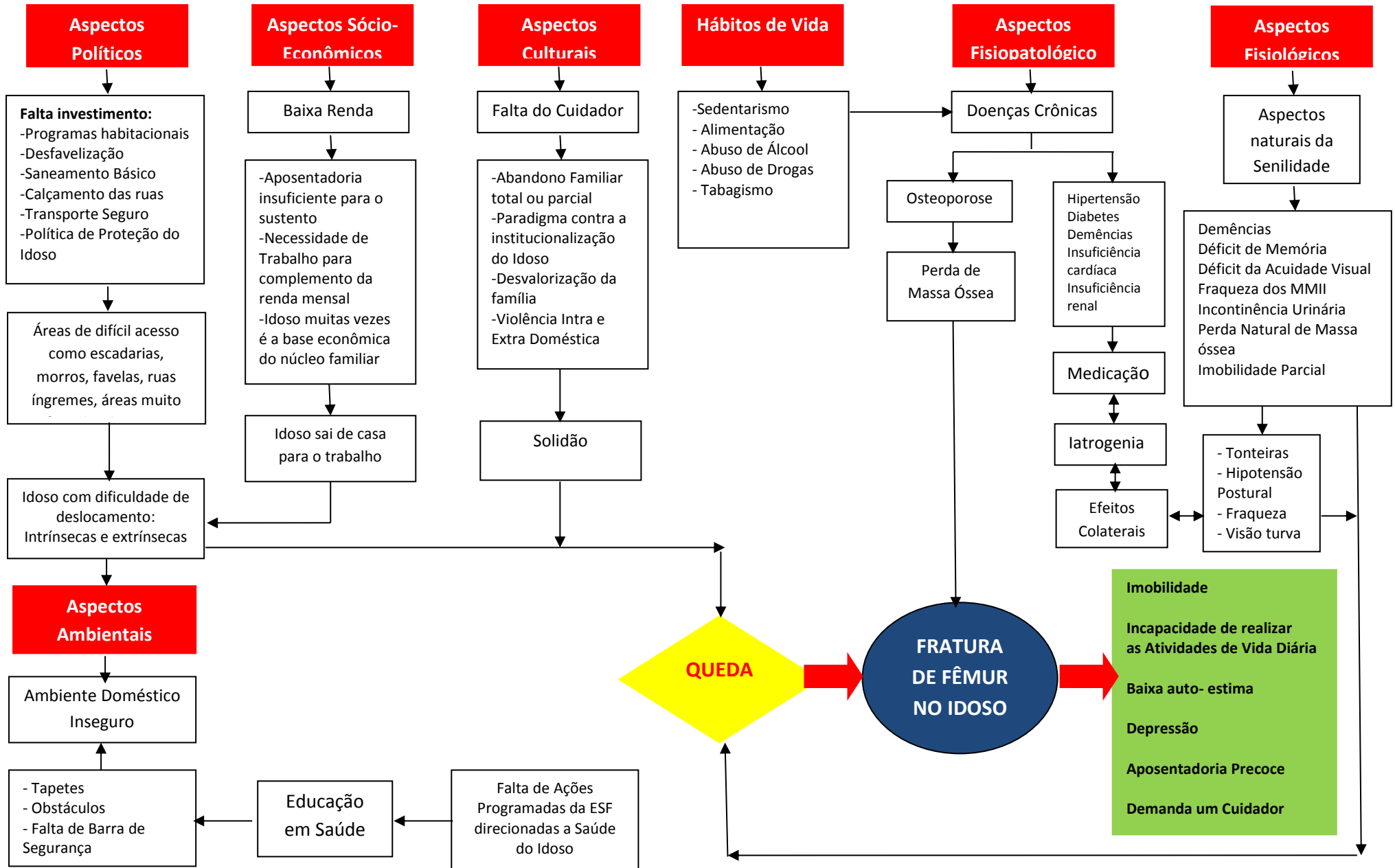
- Isolamento do núcleo familiar
- Depressão;
- Osteoporose;
- Uso de medicações causadoras de tonteadas, desequilíbrios, visão turva e enfraquecimento dos membros;
- Doenças crônicas comuns nesta população: hipertensão arterial, diabetes melitus, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica;
- Dor e fraqueza, principalmente nos membros inferiores;
- Obstáculos dentro do ambiente doméstico: tapetes, móveis, escadas.
- Redução da acuidade visual;
- Incontinência Urinária;
- Imobilidade por longo período de tempo;
- Hipotensão postural;
- Incapacidade Cognitiva;
- Dieta inadequada com níveis de Cálcio e Vitamina D abaixo dos valores mínimos necessários/ dia;
- Sedentarismo;

4.4 Explicação do Problema

Este passo do planejamento teve por objetivo entender a gênese do problema a partir da identificação de suas causas. Isto aumenta a capacidade de enfrentamento do problema. Visa estabelecer a relação causal dos problemas. A partir da explicação do problema serão estabelecidas as ações que constituem o Plano de Ações. Este se constitui numa forma de sistematizar as propostas de solução para enfrentar os fatores que determinam o problema principal (CAMPOS, 2010).

A explicação dos problemas dar-se-á no formato de fluxograma para facilitação do processo didático de compreensão das causalidades e está representado pela Figura 4.

Figura 4: Explicação do problema



4.5 Seleção dos Nós Críticos

A explicação do problema através da figura 4 no item anterior é um passo importante para chegarmos ao que está definido por Matus (1993) como nó crítico do problema. A seleção dos nós críticos constitui o 5º passo do Planejamento Estratégico Situacional e constitui a identificação das causas do problema. Isto é muito importante na medida em que para se enfrentar um problema é preciso conhecer suas causas.

A árvore explicativa do problema “fratura do fêmur em idosos” (figura 4) ajuda-nos na identificação das causas. Entretanto, não basta identificar as várias causas, mas sim identificar as mais importantes do ponto de vista estratégico para enfrentamento do problema. Chamamos de nó crítico àquela causa que quando atacada é capaz de impactar o problema principal (MATUS, 1993).

O nó crítico normalmente é algo que está dentro da governabilidade de quem pretende solucionar ou impactar positivamente sobre o problema. Pode também ser viabilizado pelos atores que tem responsabilidade e competência sobre o problema.

Desta forma, este momento do PES tem como objetivo determinar os nós críticos para impactar na prevenção dos casos de fratura de fêmur na população idosa residente na área adstrita a ESF Andorinhas. Esta seleção dos nós críticos foi viabilizada pela árvore explicativa do problema (figura 4).

Os nós críticos são:

- Aspectos ambientais;
- Hábitos de vida;
- Isolamento do núcleo familiar;
- Violência contra o idoso;
- Aspectos naturais da senilidade;
- Osteoporose e outras doenças crônicas;
- Medicamentos e iatrogenia;
- Nível de informação.

4.6 Elaboração e análise do Plano de Ação

A Elaboração e análise do Plano de Ações é a etapa da construção do plano propriamente dito. Conforme Matus (1993) esta etapa constitui-se em determinar ações que estejam dentro da governabilidade da equipe para enfrentar os nós críticos. Na elaboração de cada estratégia observaram-se com cuidado algumas questões como: o produto esperado a partir da implementação da ação, o resultado esperado, os recursos necessários, os atores envolvidos, os prazos e responsáveis, a motivação e as operações estratégicas. É importante ressaltar que a análise do contexto onde o plano será implantado e a governabilidade da equipe permeou todo o processo de elaboração do plano.

Tabela 2 - Aspectos ambientais

Operação	Produto	Resultados esperados	Recursos a serem consumidos	Prazo/responsável	Atores envolvidos	Motivação	Operações estratégicas
Modificar os fatores ambientais	Ambiente seguro para o idoso	Ambientes seguros e livres de obstáculos capazes de provocar acidentes em idosos	Organizacional Cognitivo Financeiro Político Filantropias	Equipe de saúde/ Família/ Médio prazo	Equipe de saúde: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde;	Favorável	- Criar e implantar o programa “Casa Segura”; - Orientar o idoso, família e/ ou cuidador a retirar obstáculos do ambiente domiciliar que possam favorecer a queda como tapetes e móveis; - Orientar instituição de dispositivos protetores como barras de segurança, interruptores de luz de fácil acesso; retirar escadas e colocar rampas - Criar grupos operativos para idosos.
Reduzir os acidentes domésticos com quedas e fraturas em idosos	Ambiente doméstico adaptado as necessidades do idoso e seguro.				Comunidade	Indiferente	
		Família	Indiferente				
		Conselho de saúde,	Favorável				
		Conselho do idoso;	Favorável				

Tabela 3 – Hábitos de Vida

Operação	Produto	Resultados esperados	Recursos a serem consumidos	Prazo/responsável	Atores envolvidos	Motivação	Operações estratégicas
Incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis	Hábitos de vida saudáveis	Diminuir o número de fraturas de fêmur em idosos relacionados a hábitos não saudáveis ao longo da vida.	Organizacional Cognitivo Financeiro Político	30 dias para o início das atividades	Médico Enfermeiro NASF ACS	Favorável Favorável Favorável Favorável	- Realizar grupos operativos com a população adulta e idosa com abordagem de temas como tabagismo, alimentação, álcool, drogas, sedentarismo; - Colocar em prática o grupo de tabagismo conforme orientação nacional; - Criar grupo de caminhada e ginástica orientada para idosos junto ao NASF; - Realizar campanha educativa com folderes, panfletos e rádio Local incentivando bons hábitos para a saúde;
Incentivar o abandono ou redução da prática do tabagismo	Reduzir a prevalência do tabagismo						
Incentivar uma alimentação saudável	Alimentação efetiva na prevenção de doenças crônicas capazes de favorecer a fratura de fêmur ou a queda.						
Incentivar a prática de exercícios físicos	Idosos com musculatura fortalecida, com mais equilíbrio, e redução dos danos causados pelas doenças crônicas						
Desencorajar o consumo de álcool e drogas	Envelhecimento saudável sem os efeitos maléficos do álcool e drogas						

Tabela 4 – Isolamento do núcleo Familiar

Operação	Produto	Resultados esperados	Recursos a serem consumidos	Prazo/responsável	Atores envolvidos	Motivação	Operações estratégicas
Incentivar o convívio família-idoso	Idoso integrado no núcleo familiar	Extinguir a prática do abandono e diminuir o isolamento social do Idoso na comunidade	Organizacionais Financeiros Político Cognitivo Filantropias Instituições Comunitárias	30 dias para articulações com outras entidades e secretarias; Imediato para a busca da família; 60 dias para a construção do projeto.	Equipe de Saúde Gestores da saúde Gestores da assistência social Conselheiros Família Associação de Bairro	Favorável Favorável Favorável Indiferente Favorável	- Instituir o Projeto “Adote um idoso” na comunidade em caso de ausência de um cuidador; - Criar um grupo de apoio ao cuidador. - Realizar parcerias com as instituições asilares da região, com atendimento humanizado; - Firmar parceria com a família do Idoso; - Estabelecer junto à família um responsável pelos cuidados; - Orientar as famílias quanto aos direitos do Idoso; - Criar parceria com o conselho do idoso; - Criar parceria com o Conselho de Saúde; - Criar parceria com o Serviço de Assistência Social.
Encorajar a institucionalização do Idoso na ausência do cuidador	Idosos integrados com outros idosos em instituição asilar idônea e comprometida com a Política Nacional de Saúde do Idoso						
Vincular o idoso a um cuidador	Idoso com um cuidador						

Tabela 5 – Violência Contra o Idoso

Operação	Produto	Resultados esperados	Recursos a serem consumidos	Prazo/responsável	Atores envolvidos	Motivação	Operações estratégicas
Favorecer a proteção do idoso contra a violência	Idoso protegido da violência	Diminuir os índices de fraturas de fêmur causadas por violência intra ou extra-doméstica	Políticos Cognitivos Financeiros Organizacionais	30 dias para início das atividades	Equipe de saúde Comunidade Conselho do Idoso Conselho de Saúde Gestão da Segurança pública Família	Favorável Indiferente Favorável Favorável Favorável Indiferente	- Notificar os casos de violência contra o Idoso; - Divulgar e compartilhar os dados de violência contra o idoso com as entidades parceiras como o conselho do Idoso e o Conselho de Saúde; - Cobrar das instituições públicas a implantação de programas de proteção ao idoso; - Apropriar a comunidade, a família e o idoso do conhecimento dos direitos previstos no Estatuto do Idoso.

Tabela 6 – Aspectos Naturais da Senilidade

Operação	Produto	Resultados esperados	Recursos a serem consumidos	Prazo/responsável	Atores envolvidos	Motivação	Operações estratégicas
Reduzir os riscos de queda causados pelos efeitos naturais da senilidade	Risco de queda diminuído	Diminuir as quedas e as consequentes fraturas derivadas dos efeitos da senilidade	Políticos Cognitivos Financeiros Organizacionais	Imediato	Equipe de saúde Família Secretário e gestores de saúde Idoso	Favorável Indiferente Favorável Indiferente	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar a linha de cuidado para o Idoso; - Facilitar o acesso aos serviços de saúde e aumentar o número de visitas domiciliares; - Realizar busca ativa do idoso; - Orientar quanto à necessidade de manter um ambiente seguro e livre de obstáculos; - Orientar ao idoso ou ao cuidador controle das condições de saúde pelo menos duas vezes/ ano. - Instituir quando necessário a suplementação com cálcio e vitamina D.
Amenizar os efeitos da Incontinência Urinária	Risco de queda relacionado à Incontinência Urinária	Reduzir o risco de queda causado pela Incontinência Urinária	Políticos Organizacionais Cognitivos Financeiros	30 dias para as parcerias Imediato para as orientações	Equipe de Saúde Família Atenção Secundária Gestores de saúde	Favorável Indiferente Favorável Favorável	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar o acesso ao banheiro retirando obstáculos; - Incentivar o uso do periquito ou comadre principalmente no período noturno; - Orientar quanto ao tratamento da

					Idoso Serviço Social	Indiferente Favorável	Incontinência Urinária; - Incentivar o tratamento fisioterápico; - Garantir o acesso ao tratamento fisioterápico; - Garantir acesso às fraldas geriátricas aos acamados;
Contribuir para a melhoria da acuidade visual	Acuidade visual preservada	Prevenir quedas decorrentes do déficit da acuidade visual	Políticos Organizacionais Cognitivos Financeiros	30 dias para as parcerias Imediato para as orientações	Equipe de saúde Atenção Secundária Atenção terciária Gestores e Secretário de saúde Assistência Social	Favorável Favorável Favorável Favorável Favorável	- Garantir acesso ao serviço ambulatorial de oftalmologia; - Garantir acesso ao serviço de cirurgia oftalmológica; - Assegurar a presença de um cuidador quando da incapacidade visual total; - Realizar busca ativa aos diabéticos e hipertensos para exame de fundo de olho anual; - Capacitar a equipe para reconhecer o aparecimento da catarata.

Tabela 7 – Osteoporose

Operação	Produto	Resultados esperados	Recursos a serem consumidos	Prazo/responsável	Atores envolvidos	Motivação	Operações estratégicas
Prevenir e tratamento da osteoporose	Controle da osteoporose em idosos e consequente diminuição dos riscos de fraturas de fêmur	Diminuir os casos de fratura de fêmur por osteoporose	Políticos Organizacionais Financeiros Cognitivos	Imediato para as orientações e para a busca ativa 30 dias para as parcerias 180 dias para a criação da Linha de Cuidado	Equipe de saúde Atenção secundária Atenção farmacêutica Serviço de Apoio Diagnóstico Gestores e Secretário de Saúde	Favorável Favorável Favorável Favorável	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a eliminação dos fatores de risco modificáveis; - Suplementar cálcio e vitamina D na presença de fatores de risco; - Incentivar uma alimentação adequada; - Incentivar a prática de exercícios físicos e desencorajar a imobilidade; - Estimular a exposição solar; - Criar uma Linha de Cuidado para Osteoporose; - Garantir referência e contra-referência no tratamento da osteoporose e complicações - Garantir acesso ao padrão ouro para o diagnóstico; - Garantir acesso ao tratamento; - Realizar busca ativa dos idosos com diagnóstico de osteoporose definido.

Tabela 8 – Medicações e latrogenia

Operação	Produto	Resultados esperados	Recursos a serem consumidos	Prazo/responsável	Atores envolvidos	Motivação	Operações estratégicas
Orientar quanto ao uso das medicações no controle de doenças crônicas	Uso correto das medicações	Minimizar os efeitos da medicação sobre os riscos de queda em idosos	Cognitivos Organizacionais Financeiros Políticos	Imediato	Equipe de saúde Atenção secundária Atenção farmacêutica Serviço de Apoio Diagnóstico Gestores e Secretário de Saúde	Favorável Favorável Favorável Favorável	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar grupos operativos com orientações sobre terapia farmacológica; - Prestar apoio para o uso de medicações em idosos inaptos para a leitura; - Utilizar esquemas que facilitem a compreensão da prescrição médica pelo idoso; - Encorajar o cuidador a prestar assistência ao idoso na terapia farmacológica; - Organizar a assistência farmacêutica na área adstrita de modo a não faltar medicação ao idoso; - Orientar sobre os efeitos colaterais, principalmente a hipotensão postural causada pelos anti-hipertensivos; - Orientar sobre o risco de hipoglicemia e queda após o uso de hipoglicemiantes;

05 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Planejamento Estratégico Situacional é uma estratégia importante que viabiliza o alcance de patamares desejáveis de qualidade em saúde. Tendo em vista as perspectivas da transição etária mundial e o processo de envelhecimento populacional eminente, há que se considerar a necessidade de implementação de políticas públicas e planejamentos em saúde para que as equipes de saúde brasileiras possam suprir as demandas que advêm desta mudança de perfil populacional.

As novas necessidades de políticas e planejamentos em saúde pública são conseqüentes às mudanças epidemiológicas secundárias ao envelhecimento populacional, caracterizadas por transição da prevalência de doenças infecto contagiosas para doenças crônico-degenerativas, além do aumento da mortalidade por causas evitáveis como a fratura de fêmur.

Um importante problema no âmbito da atenção à saúde do idoso é o aumento da incidência das fraturas de fêmur. Elas são responsáveis por aumento significativo da mortalidade e de imobilidade e pela diminuição da autonomia e da capacidade funcional da população idosa.

O governo brasileiro na voz do MS tem investido na prevenção de agravos que possam impactar na independência do idoso e tem estimulado a criação de medidas estratégicas que visem promover a saúde do idoso, bem como prevenir a ocorrência das fraturas de fêmur, e reabilitar idosos no sentido de evitar novas fraturas.

A prevenção de fraturas de fêmur implica em controle de fatores de risco. Entretanto, esta não é uma tarefa fácil, uma vez que este tipo de fratura é multifatorial. Desta forma, as Equipes de Saúde da Família precisam munir-se de planos de ações sistematizados capazes de realizar uma abordagem também multifatorial. Em outras palavras, é preciso prevenir as causas de quedas e fraturas em idosos.

Este processo de planejamento para prevenção das causas consiste na criação, pelas equipes, de medidas com envolvimento de vários atores que vislumbrem a redução da incidência da osteoporose, incentivo a prática de hábitos saudáveis de vida, modificação de fatores ambientais e sócio-econômico-culturais, além de um maciço processo de educação permanente em saúde. Há que se considerar que as Equipes de Saúde da Família, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso, são agentes fundamentais para a realização destas ações de prevenção.

Em vista disso, os profissionais que atuam nestas equipes precisam estar cientes da responsabilidade imposta, além de estarem preparados para lidar com essa realidade. No entanto, tem-se observado que pouco tem sido feito no sentido de melhorar as condições de vida e saúde desta parcela da população que, pelas características de vulnerabilidade, demanda atenção que visa atender às suas especificidades.

O Plano de ações para a prevenção da fratura de fêmur em Idosos tem a perspectiva de fomentar a equipe de saúde da família a atuar em sua área adscrita, promovendo o desenvolvimento de ações de saúde dirigidas às famílias e ao seu ambiente com ênfase nos aspectos preventivos, curativos e

de reabilitação. Estas ações devem estar articuladas com outros setores que contribuem para melhoria das condições de saúde do idoso e de toda a comunidade. Além disso, por essa estratégia, elegem-se como pontos centrais o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o conselho nacional do idoso. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8842.htm>, 1994. Acesso 24 out.2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Osteoporose**. SAS/ Ministério da Saúde, Brasília – DF. 2002a, p.24.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 470 de 24 de Julho de 2002**. Aprova o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas – Osteoporose. Secretaria de Assistência a Saúde. Brasília – DF, 2002b.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. 9ª Ed., Brasília – DF: 2002c, 97 p..

BRASIL, Ministério da Casa Civil. Lei nº 8.842 de 10 de Outubro de 2003. Dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso**. Brasília – DF, 2003. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em 22 nov.2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa. Brasília – DF, 2006. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf> f.> Acesso em 08 Nov.2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília – DF, 2006. Disponível em: URL: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/pacto_portaria_399_06.pdf. Acesso em 01 nov.2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.213 de 20 de Dezembro de 2007**. Institui Comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e de quedas na população idosa. Brasília – DF, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4016_17122010.html>. Acesso em 29 out.2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instrutivo dos Indicadores para Pactuação Unificada**. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília – DF: 2008, 99 p.

BRASIL, Ministério de Orçamento, Planejamento e Gestão. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2009, 152 p.

BRASIL, Ministério de Orçamento, Planejamento e Gestão. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2010, 317 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ferramenta Melhora Atenção a Saúde do Idoso**. Ministério da Saúde: Comissão de Melhoria da Saúde do Idoso: Brasília, 2011. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2548/162/ferramenta-melhora-atendimento-ao-idoso.html>>. Acesso em 26 out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Prevenção a Osteoporose Deve Começar na Infância**. Portal da Saúde: Brasília – DF, 2011. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2743/162>>. Acesso em 25 out.2011.

CAMPOS, F.C.C., FARIA, H.P., SANTOS, M.A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. – 2ª Ed. – Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2010, 114 p..

CARVALHO, J. A. M.; ANDRADE, F. C. D. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos. In: **Encuentro Latinoamericano Y Caribeño sobre las Personas de Edad**, 1999, Santiago. Anais. Santiago: CELADE, p. 81-102, p. 289, 2000.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. O Rápido Processo de Envelhecimento Populacional do Brasil: Sérios Desafios para Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Estudo Populacional**, v. 23, nº1: p. 5-26, jan./jun, 2006.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A Transição da Estrutura Etária da População Brasileira na Primeira Metade do Século XXI. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3: p. 597-605, Mar., 2008.

COUTINHO, E. S. F. *et al.* Uso de Medicamentos como Fator de Risco para Fratura Grave decorrente de Quedas em Idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5: p. 1359-1366, Set./Out, 2002.

DREZNER, M. K.; ROSEN, H. N. **Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women**. 19 (2), junho, 2001. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-ost..> Acesso em 21 nov.2011.

FREIRE JUNIOR, R.C.; TAVARES, M. F. L. A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2006. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 nov. 2011.

IBGE. **Projeção da População do Brasil: 1980-2050**. Gráficos. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm, 2010. Acesso em 01 nov.2011.

MARIN, M. J. S. *et al.* A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 11, n. 2, 2008 .Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 Nov.2011.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Tomo I. Brasília: IPEA; 1993.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente: governantes governados**. São Paulo: Editora FUNDAP, p.34, 1996.

MAZZALI, L., NIERO, J.C.C., SILVA, S.V. **O Planejamento Estratégico Situacional no Setor Público - A Contribuição de Carlos Matus**. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/473.pdf.>> Acesso em 25 Ago.2011.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado. **Saúde em Casa: Atenção à Saúde do Idoso**. Secretaria de Assistência a Saúde do Estado de Minas Gerais, 2. Ed., Belo Horizonte, 2007, 186 p..

NASRI, F. O. Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento. Envelhecimento Populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n.1: S4-S6, 2008.

NASCIMENTO, G. R.. **Diagnóstico Situacional da ESF Andorinhas.** Planejamento e avaliação das ações em Saúde. Conselheiro Lafaiete: Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família. 2010.

OLIVEIRA, F. S. **A implementação do Estatuto do idoso nas áreas de saúde e educação no Município de Ponta Grossa.** Dissertação de Mestrado, Ponta Grossa, 2006

OLIVEIRA, R. C. S.. O Processo Histórico do Estatuto do Idoso e a Inserção Pedagógica na Universidade Aberta. **Revista HISTEDBR On Line**, Campinas, n. 28: p. 278-286, Dez. 2007- ISSN: 1676-2584.

Organização Mundial de Saúde. **Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis.** WHO Technical Report Series, 843. Génève: WHO, 1994.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **SABE – Survey Salud y Bienestar de la Población Adulta Mayor**, 2000.

PERRACINI, M. C.; RAMOS, L. R. Fatores Associados a Quedas em uma Coorte de idosos Residentes na Comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6: p. 709-716, 2002.

SAKAKI, M. H. *et al* Estudo da Mortalidade na Fratura de Fêmur Proximal em Idosos. **Acta Ortop Brasil**, v. 12, n. 4: p. 242-249, Out./Dez, 2004.

SILVESTRE, J. A.; NETO, C. M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública**, v. 9, n. 3: p. 839-847, 2003.

SIQUEIRA, F. V. *et al*. Prevalência de Quedas em Idosos e Fatores Associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5: p.749-56, 2007.

TURRA, C. M. **Contabilidade das gerações: riqueza, sistemas de transferências e consequências de mudanças no padrão demográfico brasileiro.** Dissertação de mestrado. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2000.

VIEIRA, F. S. Avanços e Desafios do Planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl 1: p 1565-1577, Out., 2009.