



**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL  
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE E CAPACIDADE FUNCIONAL DO  
IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MANUAL TÉCNICO PARA CAPACITAÇÃO DAS  
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AUTORA: CAMILA GOMES BRAGA.  
ORIENTADOR: DR. CARLOS ALEXANDRE FELÍCIO BRITO**

**CAMPO MOURÃO**

**2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

B813a

Braga, Camila Gomes.

Avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso na Estratégia Saúde da Família: manual técnico para capacitação das equipes de saúde da família. / Camila Gomes Braga. – Campo Mourão, 2020.

16 f.

Inclui referências bibliográficas.

1. Profissional da saúde (capacitação). 2. Metodologias ativas. 3. Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE). 4. Saúde do Idoso. 5. Material didático. I. Brito, Carlos Alexandre Felício. II. Título.

## APRESENTAÇÃO

Este manual técnico apresenta uma proposta de ensino com uma sequência didática, apoiando-se na Metodologia Ativa, especificamente no *Team Based Learning (TBL)* ou Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE), para a realização de capacitação de profissionais das equipes de saúde da família, sobre a avaliação da fragilidade e capacidade funcional do idoso, no âmbito da atenção primária em saúde.

Neste manual, estão elencadas todas as etapas para o desenvolvimento de uma capacitação, com a utilização da ferramenta *TBL*, como estratégia de ensino e aprendizagem, dentro da concepção de metodologia ativa de ensino.

Os exemplos de texto de apoio e testes, que estão descritos nesta proposta didática, devem ser compreendidos como uma sugestão, para utilização deste material em uma capacitação.

Lembrando que a sequência didática proposta, pode ser utilizada para aplicação de conteúdos relacionados a outros temas, em capacitações dentro da educação permanente em saúde.

Pretende-se que este material, apoie o programa de educação permanente em saúde (EPS), facilitando o processo de qualificação dos profissionais da estratégia saúde da família. Espera-se também, que ampliando a competência técnica destes profissionais, estes sejam capazes de oferecer um melhor atendimento às necessidades dos idosos, por meio de novas ações, no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este manual técnico foi aprovado em dezembro de 2020 pela banca examinadora, na defesa da dissertação “Capacitação das Equipes de Saúde da Família sobre Avaliação Funcional do Idoso”, do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde.

# SUMÁRIO

## 1. Objetivos

- 1.1 Apoiar o programa de educação permanente em saúde, facilitando o processo de qualificação dos profissionais da estratégia saúde da família.
- 1.2 Ampliar a competência técnica dos profissionais das equipes de saúde da família, com vistas a oferecer um melhor atendimento às necessidades dos idosos, por meio de novas ações, no cotidiano do sistema único de saúde (SUS).

## 2. Público Alvo

Profissionais que atuarão como facilitadores de capacitação em programa de educação permanente em saúde.

## 3. Sugestão de Desenho da Aplicação da Sequência Didática

### 3.1 Carga horária

A duração da capacitação é de seis horas.

### 3.2 Cronograma das etapas da capacitação

- Abertura: 30 minutos
- Apresentações e divisão de grupos: 60 minutos
- Leitura do texto de apoio: 20 minutos
- Teste de Garantia de preparo: 20 minutos
- Levantamento das Respostas: 20 minutos
- Momento de Apelação: 40 minutos
- Intervalo: 20 minutos
- Feedback do Facilitador: 40 minutos
- Aplicação dos Conceitos: 60 minutos
- Teste de Aprendizagem: 20 minutos.

### **3.3 Materiais de apoio**

- Espaço físico (auditório)
- Projetor de imagens
- Quadro Branco
- Canetas e apagador
- Computador
- Rede Wi-Fi
- Impressos (textos de apoio, questionários, cartões e outros).

# SEQUÊNCIA DIDÁTICA PARA CAPACITAÇÃO

## 1. Acolhida dos participantes

O facilitador deverá receber os participantes, agradecer a presença e colaboração de todos na atividade de educação permanente em saúde. O facilitador deve explanar brevemente o assunto que será abordado e o objetivo pretendido.

## 2. Apresentação oral dos participantes

O facilitador deverá provocar cada participante a apresentar-se, dizendo seu nome, profissão e local de atuação profissional.

## 3. Apresentação do facilitador

O facilitador fará a aplicação de questões de múltipla escolha, sobre sua identificação, como uma forma dinâmica de apresentar-se aos participantes (ex. idade, formação, cidade de origem) utilizando o recurso digital Mentimeter, disponível em: [www.mentimeter.com](http://www.mentimeter.com).

## 4. Sorteio dos grupos de trabalho

O facilitador deverá utilizar cartões com figuras diferentes (cachorro, árvore, sorvete, flores), em versão impressa.

Cada participante escolherá um cartão. Após, os participantes deverão formar os grupos por semelhança das figuras dos cartões.

## 5. Preparação prévia

O facilitador fará a distribuição do texto aos participantes para leitura (20 minutos de tempo para leitura individual).

## **Sugestão de Texto de Apoio**

O texto abaixo, foi elaborado tendo como base as publicações técnicas do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia, citadas nas referências bibliográficas, ao final deste material.

## **TEXTO PARA LEITURA**

O envelhecimento pode ser definido como um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e ocorrência mais frequente de doenças, que terminam por levá-lo à morte.

O envelhecimento fisiológico, também denominado senescência, é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações biológicas, morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas, que desencadeiam a diminuição e a perda da capacidade do indivíduo de adaptar-se ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade. O envelhecimento patológico, ou senilidade ocorre quando doenças e agravos acometem o idoso durante o processo fisiológico do envelhecimento.

A saúde do idoso resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida deve refletir a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios. O comprometimento de qualquer uma das dimensões citadas pode afetar a capacidade funcional (capacidade de manter-se independente e autônomo) do idoso.

Assim, o conceito de saúde do idoso deve estar claro, não se deve confundir presença de doenças ou idade avançada com ausência de saúde, que deve ser definida como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças.

São considerados idosos, indivíduos com idades a partir de 60 anos nos países em desenvolvimento e de 65 anos em países desenvolvidos. O limite de 60 anos foi adotado no Brasil e é o considerado no Estatuto do Idoso e nas políticas brasileiras relacionadas ao envelhecimento.

O processo de envelhecimento populacional vem se dando de forma acelerada em todo o mundo. Segundo as Nações Unidas, em 2015 viviam no mundo 901 milhões de indivíduos com idade iguais ou superiores a 60 anos. Esse número deve aumentar para 1,4 bilhão em 2030 e para 2,1 bilhões em 2050. Embora seja previsto aumento substancial do número de idosos virtualmente em todos os países entre 2015 e 2030, esse crescimento deve ser maior nas regiões em desenvolvimento. No Brasil, este processo teve início na década de 1960, a partir do declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade. Para o Brasil, cuja população idosa em 2010 representava 11,7% da população geral, projeta-se aumento desse percentual para 18,8% em 2030 e para 29,3% em 2050.

## **FRAGILIDADE**

Fragilidade é o estado de aumentada vulnerabilidade a desfechos adversos de saúde como internações, quedas, dependência e mortalidade. Ocorre pelo declínio das reservas e funções fisiológicas associado a idade e resulta na diminuição da capacidade de lidar com estressores. Tem sido associada a complicações pós-cirúrgicas, infecções, imobilidade e outras síndromes geriátricas, declínio físico e incapacidade. É um estágio que precede a incapacidade. Pode ser detectada precocemente e potencialmente reversível, portanto, sua identificação significa uma janela de oportunidade para a adoção de medidas preventivas que podem ter elevado impacto na vida do idoso.

## **INSTRUMENTO PARA RASTREIO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)**

O Vulnerable Elders Survey (VES-13) ou Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com ênfase nos dados referentes a idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. O idoso vulnerável foi definido como aquele indivíduo que tem risco de declínio funcional ou morte.

O VES-13 deve ser aplicado a todos os idosos residentes na área de abrangência da UBS pelo ACS ou técnicos de enfermagem previamente treinados e



supervisionados pela enfermeira. Os resultados registrados por estes profissionais serão analisados pela enfermeira que classificará o risco de vulnerabilidade e definirá a prioridade para avaliação multidimensional na UBS, procedendo o agendamento das consultas.

## **AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO – ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL –20 (IVCF-20)**

Trata-se de um questionário simples, capaz de avaliar os principais determinantes da saúde das pessoas idosas. Apresenta caráter multidimensional e alta confiabilidade, pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e óbito em idosos: a idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Este índice pode ser considerado uma metodologia de Avaliação Geriátrica Ampla ou Avaliação Multidimensional, realizada por profissionais não especialistas.

Idosos com pontuação no IVCF-20 igual ou superior a 15 pontos apresentam **alto risco** de vulnerabilidade clínico-funcional e devem ser submetidos a Avaliação Multidimensional do Idoso e elaboração do plano de cuidados, com encaminhamento para a Atenção Secundária quando disponível.

Idosos com pontuação entre 7 e 14 pontos são considerados de **moderado risco** de vulnerabilidade clínico-funcional e devem ser submetidos Avaliação Multidimensional na atenção básica, que pode ser realizada por profissionais não especializados.

Por sua vez, os idosos com pontuação entre 0 e 6 pontos são considerados de **baixo risco** e podem ser acompanhados de forma rotineira na atenção básica, devendo ter seu risco reavaliado anualmente pelo IVCF-20.

## CAPACIDADE FUNCIONAL

Entende-se por capacidade funcional a capacidade do indivíduo para a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para que se tenha um cotidiano com independência e autonomia. A funcionalidade global é a base do conceito de saúde do idoso, que é considerado saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças.

Independência e autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos diferentes. Existem pessoas com dependência física, mas capazes de decidir as atividades de seu interesse. Por outro lado, há pessoas que têm condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não têm condições de decidir e escolher com segurança sobre como, quando e onde se envolver nessas atividades. A perda da independência nem sempre se associa à perda de autonomia: um idoso com perda da capacidade de deambular, pode perfeitamente gerenciar sua vida com autonomia e participação social.

O declínio funcional é a perda da autonomia e/ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo. Por sua vez, a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso de sistemas funcionais como a cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação. O declínio funcional dos idosos geralmente segue uma hierarquia, iniciando pelas AVD mais complexas (avançadas e instrumentais), até comprometer o autocuidado (AVD básicas), podendo ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometem direta ou indiretamente os quatro domínios funcionais principais (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação) de forma isolada ou associada.

Toda avaliação do idoso deve ter como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, através das atividades de vida diária básicas e instrumentais. O principal sintoma a ser investigado é o declínio funcional.

## **AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)**

O índice ou escala de Katz é um instrumento de avaliação do declínio funcional do idoso. Avalia as atividades básicas de vida diária (ABVD), mensurando a capacidade funcional pelo desempenho de algumas funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, continência e alimentar-se.

## **AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA INSTRUMENTAIS**

O índice ou escala de Lawton tem por objetivo avaliar a capacidade funcional do idoso pelo desempenho em atividades diárias mais complexas ou instrumentais, cujo a independência está diretamente relacionada às condições favoráveis para convivência na comunidade.

### **Avaliação de garantia de preparo - teste individual**

O facilitador deve instruir, que cada participante deverá responder as questões individualmente, disponibilizadas em impressão ou no aplicativo [www.mentimeter.com](http://www.mentimeter.com).

O facilitador deve apresentar os percentuais de cada resposta (anotar no quadro ou em tempo real pelo aplicativo), após todos terem respondido. Não apresentar as respostas corretas, neste momento.

### **Avaliação de garantia de preparo - teste em equipe**

Os participantes serão instruídos a analisarem, agora em grupo, as questões novamente, argumentando as respostas que cada um escolheu. O grupo decidirá qual a melhor resposta para a questão. (15 minutos para esta atividade).

Um membro do grupo irá responder ao teste novamente (impresso ou pelo aplicativo), assinalando a resposta escolhida pelo grupo.

Após todos os grupos responderem, o facilitador apresentará o percentual das respostas. Em seguida apresentará qual a resposta considerada correta para cada questão.

## Sugestão de teste prévio

### AVALIAÇÃO DE GARANTIA DE PREPARO

1. O envelhecimento é um processo progressivo em que ocorrem mudanças do tipo:

- a) Morfológica e espiritual.
- b) Psicológicas.
- c) Funcionais e bioquímicas.
- d) Todas estão corretas, exceto a alternativa A.

2. Assinale a alternativa incorreta:

- a) A existência de doenças durante o envelhecimento caracteriza a senilidade.
- b) No Brasil, são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.
- c) O aumento da população idosa no Brasil, teve início nos anos 70, devido ao declínio da taxa de fecundidade.

3. Assinale a alternativa correta:

- a) A fragilidade é um processo que precede a incapacidade funcional no idoso.
- b) Medidas preventivas na abordagem da fragilidade, tem pouco impacto na vida do idoso.
- c) Idoso vulnerável é aquele indivíduo que tem pouco risco de morte.

4. Sobre o instrumento de avaliação VES-13 e IVCF-20, é correto afirmar:

- a) O IVCF-20 é realizado por profissionais especializados em geriatria.
- b) O VES-13 necessita de materiais e equipamentos complexos para sua aplicação, devendo assim ser realizado na unidade básica de saúde.
- c) O VES-13 é capaz de identificar o idoso vulnerável, e o IVCF-20 avalia condições preditoras de declínio funcional e óbito.

## **6. Momento de apelação**

Neste momento o facilitador abre um tempo, para que cada equipe possa argumentar a resposta escolhida ou recorrerem caso não concordem com a resposta indicada. Deve ser incentivada a discussão entre os grupos pautada em argumentação entre eles.

## **7. Feedback do facilitador**

O facilitador deverá realizar uma apresentação (miniconferência) utilizando recursos áudio visuais, para reforçar os conteúdos mais relevantes, destacados nas questões e no texto de apoio.

## **8. Aplicação de conceitos**

Nesta etapa da capacitação os participantes irão aplicar os conhecimentos para resolver questões/problemas, presentes na prática profissional diária, estudando um caso clínico simulado.

O texto com o caso clínico simulado poderá ser disponibilizado impresso, projetado em tela, ou em aplicativo.

Individualmente farão a interpretação, inferências e análise da situação apresentada.

## **Sugestão de texto – Aplicação de Conceitos**

O caso clínico abaixo, foi adaptado a partir de publicações técnicas da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, citada nas referências bibliográficas, ao final deste material.

### **CASO CLÍNICO (FICTÍCIO)**

Trata-se de M. R. S., 82 anos, viúva, branca, baixa escolaridade (dois anos), residente na área de abrangência da Unidade de Saúde Brejo Santo. A família procurou o centro de saúde afirmando que a “saúde da mãe estava muito mal” e relatando um histórico de esquecimento de cerca de quatro anos. No início, os familiares perceberam dificuldade para lembrar nomes, recados e notaram que a idosa estava repetitiva, contando os mesmos casos e fazendo as mesmas perguntas várias vezes. O agente comunitário percebeu que o “esquecimento” fez com que ela deixasse de fazer várias atividades do cotidiano, como sair sozinha, cuidar da casa e fazer compras no mercado, pois já não reconhecia o dinheiro. O quadro foi considerado “normal da idade” e foi prescrito Ginko biloba 80 mg duas vezes ao dia e vitaminas do complexo B. O caso piorou progressivamente, até que surgiram alucinações visuais e ideias delirantes (ilusões de roubo, traição do marido, etc.). Procurou ajuda psiquiátrica do posto de saúde, onde o médico iniciou um tratamento com Haldol R + Akineton R, com melhora do quadro de alucinações.

Nega desânimo, falta de interesse ou tristeza. Gosta de assistir televisão, ouvir rádio em seus programas preferidos. A filha relata também dificuldade para caminhar e ocorrência de cinco quedas no último ano e afirma que, por isso, a mãe passa a maior parte do tempo deitada ou sentada, necessitando atualmente, de ajuda para se movimentar. Pesa 61 kg, altura 1,64 cm, panturrilha com 33 cm de circunferência, mantêm os movimentos voluntários de elevação e flexão de braços e pernas, porém com pouca força para sustentar objetos pesados. A filha informa que a mãe, consegue tomar água e comer sozinha, utilizado talheres e copos, assim como segurar pequenos objetos nas mãos como telefone e sua bíblia.

Tem passado de hipertensão arterial (há 14 anos) e diabetes mellitus (há 20 anos). Dispneia aos esforços habituais. Tontura frequente, sem caráter rotatório, de longa data, atribuída a “labirintite”. Constipação antiga, 4/4 dias, fezes ressecadas. Não consegue controlar a urina, usando fraldas há três meses. Utiliza prótese dentária há mais de 20 anos, sem nenhum acompanhamento odontológico. Faz uso regular

de nifedipina 20 mg duas vezes ao dia; hidroclorotiazida 50 mg pela manhã; cinarizina 75 mg uma vez ao dia; amitriptilina 50 mg a noite; Haldol 5mg/noite; biperideno 2 mg duas vezes ao dia; glibenclamida 5 mg duas vezes ao dia; diclofenaco 50 mg esporadicamente, para dor no joelho; e diazepam 10 mg a noite para insônia.

Atualmente, não realiza mais nenhuma atividade doméstica e precisa de ajuda para todos os cuidados, exceto para se alimentar. Nega histórico pessoal ou familiar de fratura osteoporótica ou por fragilidade, bem como de alcoolismo ou tabagismo.

A idosa tem duas filhas casadas, que trabalham o dia todo. O filho mora em outra cidade e mantêm pouco contato. É cuidada por uma doméstica, responsável pelos afazeres da casa (limpar, cozinhar, lavar e passar), sem nenhuma experiência com idosos. A renda familiar não é suficiente para a contratação de um cuidador qualificado. As filhas estão pensando em institucionalização pela dificuldade com o cuidado diário, mas o filho é contra e argumenta que as suas irmãs deveriam se revezar nos cuidados.

## **9. Avaliação de Aprendizagem**

Nesta fase, cada participante responderá um teste (disponibilizar teste impresso ou em aplicativo), onde demonstrará o conhecimento adquirido na resolução de questões, pertinentes ao conteúdo trabalhado aplicado à prática (caso simulado).

As questões deverão ser disponibilizadas aos participantes em versão impressa ou pelo aplicativo.

Ao analisar as respostas do teste, o facilitador deverá realizar o fechamento do conceito/tema e do objetivo de aprendizagem da capacitação.

## **Sugestão de Teste de Aprendizagem**

### **Avaliação de Aprendizagem**

1. O IVCF–20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional), é um instrumento capaz de identificar os principais determinantes da saúde do idosos. Tem caráter multidimensional e avalia dimensões consideradas preditoras de declínio funcional no idoso. São exemplos destas dimensões:

A- Idade e sexo.

B- Mobilidade, cognição e marcha.

C- Somente avaliação das atividades de vida diária instrumentais

2. Idosos que atingiram a pontuação entre 7 e 14 pontos ao ser aplicado o instrumento de avaliação IVCF-20, são considerados:

A- De moderado risco para vulnerabilidade clínico funcional e devem ser submetidos a avaliação multidimensional do idoso na atenção básica.

B- De alto risco de vulnerabilidade clínico funcional e devem ser encaminhados para avaliação geriátrica.

C- De moderado risco para vulnerabilidade clínico funciona de devem ser acompanhados de forma rotineira na atenção básica.

3. Segundo o índice de Katz, que indica a capacidade para desempenho das atividades de vida diária básicas (AVDB), o idoso do caso simulado foi avaliado e classificado:

A- Com muita dependência funcional.

B- Total independência funcional.

C- Moderada dependência funcional.

4. Ao analisar a avaliação de desempenho funcional para atividades de vida diária instrumentais (AVDI) por meio do índice de Lawton-Brody, o grau de dependência que o paciente apresenta:

A- Dependência total para AVDI.

B- Dependência parcial para AVDI.

C- Independência para AVDI.



5. Utilizando o instrumento IVCF–20, o idoso foi avaliado e pode ser estratificado quanto ao risco de fragilidade como:

A- Idoso frágil.

B- Idoso robusto.

C- Idoso potencialmente frágil.

6. O VES–13 (Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável), é um instrumento utilizado na atenção primária à saúde (APS) para verificar no idoso seu grau de:

A- Fragilidade do idoso.

B- Demência do idoso.

C- Senilidade do idoso.

7. O idoso avaliado no caso simulado atingiu uma pontuação no VES–13 que o coloca em que classificação na estratificação de risco:

A- Baixo risco de fragilização.

B- Médio risco de fragilização.

C- Alto risco de fragilização.

8. Segundo a estratificação de risco e grau de fragilidade do idoso o mesmo pode ser considerado:

A- Idoso robusto.

B- Idoso com risco de fragilidade.

C- Idoso frágil.

9. No VES–13, o item 3, letra E, está avaliando:

A- A força e a resistência muscular.

B- A presença de declínio funcional.

C- A mobilidade referente aos membros inferiores.

## REFERÊNCIAS

INSTITUTO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Avaliação funcional do idoso**. São Paulo, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba, 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Saúde do idoso na atenção primária à saúde**. Curitiba, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba, 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba, 2018.