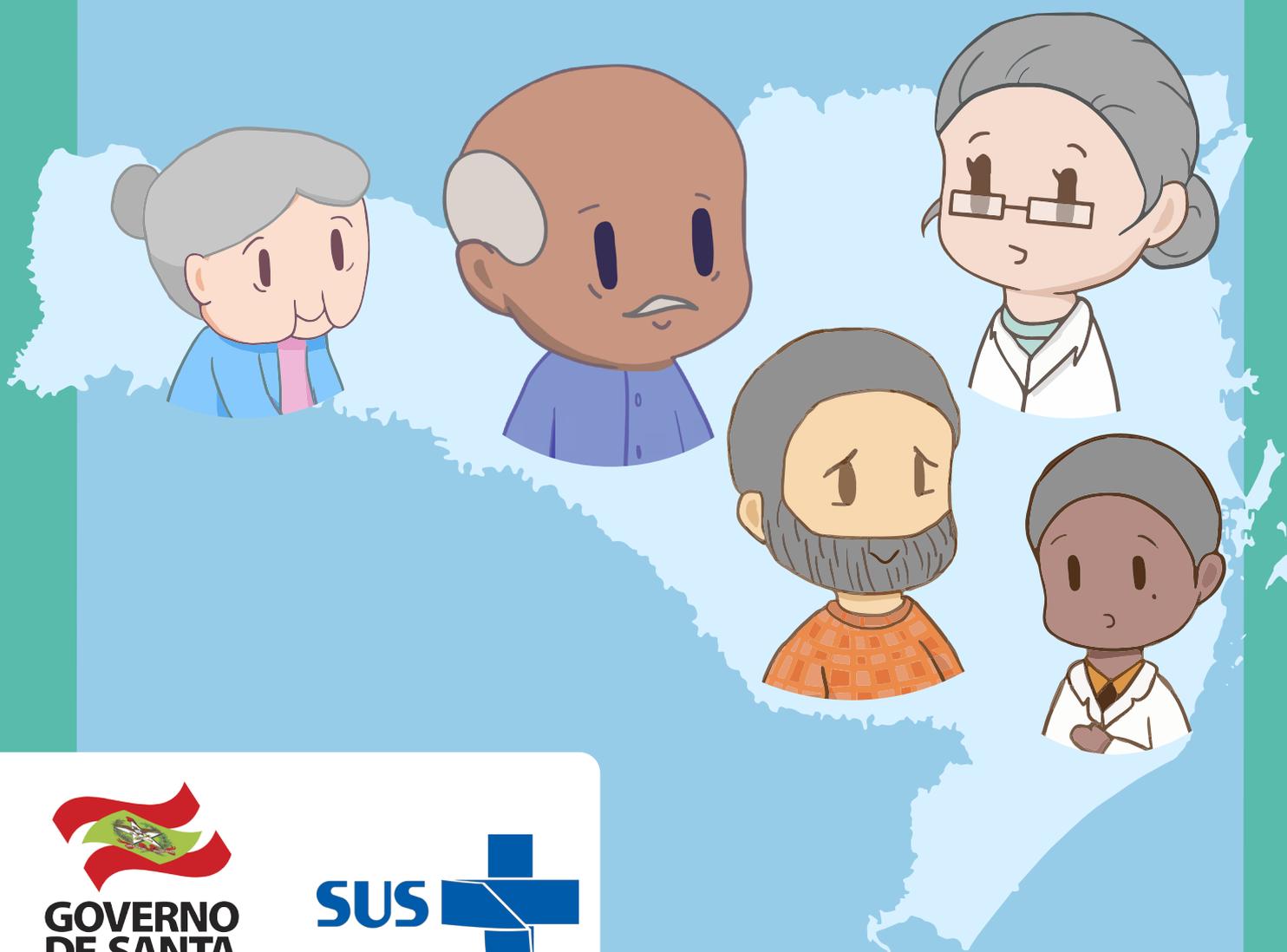


LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA/ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

SANTA CATARINA
Outubro, 2018

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Governador

Eduardo Pinho Moreira

Secretário de Estado da Saúde

Acélio Casagrande

Superintendente

Grace Ella Berenhauser

Gerência de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde

Carmem Regina Delziovo

Coordenador da Divisão de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Maria Catarina da Rosa

Elaboração e Organização Núcleo de Atenção as Condições Crônicas

Débora Batista Rodrigues

Maria Aparecida Pires

Maria Catarina da Rosa

Silvana Helena de Oliveira Crippa

Colaboradores

Carmen Lucia da Rocha Martins - Núcleo Vulnerabilidade do Estado de SC

Dalva Maria dos Passos - Núcleo de Informação

Deisy Mendes Porto - Núcleo Estadual Saúde Mental

Iraci Batista da Silva - Núcleo de Tutoria de SC

Janize Luzia Biella - Núcleo de Informação

Nestor Antonio Schmidt de Carvalho - Núcleo Estadual Saúde Bucal

Avaliadores

Ariane de Campos Angioletti - Conselheira Estadual do Idoso SC

Ediane Bergamin - Conselheira Municipal do Idoso em Chapecó SC

Helena Cerveira Lopes - Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa – SAS/MS

Ivani Fátima Arno Coradi - Conselheira Estadual do Idoso SC

Juliane Felipe Ferrari – Geriatra da Secretaria Municipal de Florianópolis SC

Keila Cristina Rausch Pereira - Docente UNISUL/SC

Paulo Adão de Medeiros - Coordenador SC - Política da Pessoa Idosa

Sônia Teresinha Franzoi Bodanese – COSEMS SC

Apoio Núcleo Telessaúde SC

Revisão - Josimari Telino de Lacerda

Design - Catarina Saad Henriques

Revisão Ortográfica

Janelice Neves Bastiani

Amanda Aguiar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Objetivo Geral.....	12
1.2. Objetivos Específicos.....	12
2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	12
2.1 Heterogeneidade do Envelhecimento.....	12
3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	09
3.1 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.....	18
3.2 Pontos de Atenção da Rede.....	19
3.3 Ações nos Pontos de Atenção à Saúde.....	20
3.3.1 Atenção Primária à Saúde (APS).....	20
3.3.2 Atenção Secundária à Saúde.....	22
3.3.2.1 <i>Melhor em Casa</i>	22
3.3.2.2 <i>Unidade de Pronto Atendimento 24h, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192, Hospital Geral</i>	22
3.3.2.3 <i>Centros de Especialidade Odontológica (CEO)</i>	22
3.3.2.4 <i>Saúde Mental</i>	23
3.3.3 Atenção Terciária à Saúde.....	24
4. AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	25
4.1 Avaliação da Capacidade Funcional.....	25
4.2 Fragilidade.....	28
4.3 Classificação Clínico Funcional do Idoso.....	29
4.4 Instabilidade Postural e Quedas.....	31
4.5 Estratificação de Risco do Idoso na APS.....	35
5. PROCESSO DE TRABALHO.....	38
5.1 Atribuição dos Profissionais da Equipe.....	39
5.2 Ações nos Serviços de Saúde.....	40
5.2.1 Ações Relacionadas a Sinais de Violência contra Pessoas Idosas.....	43
5.2.2 Ações Relacionadas à Prescrição de Medicamentos para Idosos.....	44
5.2.3 Ações Relacionadas à Desprescrição de Medicamentos.....	45
5.2.4 Ações Relacionadas ao Agendamento das Consultas de Acompanhamento....	46
5.2.5 Ações Relacionadas ao Encaminhamento para a Atenção Secundária.....	46
5.3 Cuidados Prolongados.....	47
5.4 Cuidados Paliativos.....	47

6. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL.....	50
6.1 Articulação com o Sistema de Justiça e Direitos Humanos.....	51
6.2 Articulação com a Educação.....	51
6.3 Articulação com a Sociedade Civil Organizada.....	52
6.4 Articulação com o Esporte e Lazer.....	52
6.5 Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).....	52
6.6 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).....	53
7. INDICADORES DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO.....	54
7.1 Demográficos.....	54
7.2 Ambientais, Socioeconômicos e Familiar.....	54
7.3 Processo de Trabalho.....	54
7.4 Morbidade.....	55
7.5 Mortalidade.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade.....	13
Figura 2 - Modelo de Atenção as Condições Crônicas - ao Cuidado das Pessoas Idosas.....	14
Figura 3 - Modelo simplificado da Rede da Saúde da Pessoa Idosa.....	17
Figura 4 - Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso.....	20
Figura 5 - Algoritmo de Prevenção de Quedas em Idosos.....	32
Figura 6 - Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13).....	36
Figura 7 - Fluxograma de Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa.....	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Composição da população idosa por faixa etária e sexo.....	13
Quadro 2 - Pontos de Atenção da Rede.....	19
Quadro 3 - Escala de Depressão Geriátrica.....	23
Quadro 4 - Escala de Katz.....	25
Quadro 5 - Escala de Lawton.....	27
Quadro 6 - Classificação Clínico-Funcional do Idoso.....	29
Quadro 7 - Escala Ambiental do Risco de Quedas.....	33
Quadro 8 - Estratificação de Risco e Grau de Fragilidade da Saúde do Idoso.....	37
Quadro 9 - Atribuições dos profissionais da APS na Atenção ao Idoso.....	39
Quadro 10 - Detalhamento das ações nos serviços de saúde.....	41

APRESENTAÇÃO

Este documento tem como objetivo orientar os municípios na implementação de “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa”, foi elaborado pela Gerência de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (GEABS) da Superintendência de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUG) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC).

Ressalta-se que este documento se propõe a subsidiar Estado e Municípios de Santa Catarina na reorganização da atenção e desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para a pessoa idosa, com ênfase nas ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação, norteadas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Teve como base a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo I do anexo XI, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o Estatuto do Idoso Lei nº 10.741/2003, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo XXII do anexo XI que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Estadual do Idoso Lei nº 11.436/2000 regulamentada pelo Decreto nº 3.514/2001, orientações técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde e a Linha Guia da Saúde do Idoso do Paraná (BRASIL, 2018; BRASIL, 2017a; SESA/PR, 2014; BRASIL, 2003a; BRASIL, 2000a).

Em 2015, o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu o envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da **capacidade funcional** que permite o bem-estar na idade avançada”.

A **capacidade funcional** é definida como a interação entre os recursos físicos e mentais do próprio indivíduo (a capacidade intrínseca da pessoa) e os ambientes (físicos e sociais) em que este indivíduo está inserido, para a realização de atividades consideradas importantes para si e para sua sobrevivência (OMS, 2015).

Vale lembrar que tal consideração é avaliada segundo o envelhecimento fisiológico, o que não impede uma pessoa de ser social e intelectualmente ativa. A saúde intelectual e física nesse processo é de grande valia. Essas podem ser equilibradas através de atividades sociais e de lazer, que não deixam com que o indivíduo, em fase de envelhecimento, se sinta excluído da sociedade e incapaz de exercer funções (DANTAS, 2018).

A OMS considera **idoso, qualquer pessoa a partir de 60 anos de idade 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. No Brasil, teve início na década de 1960, a partir do declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade (OMS, 2005).

Além do aumento do número de idosos na população, está ocorrendo mudanças significativas no panorama epidemiológico, com predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sobre as doenças infecciosas que ainda subsistem, somando-se às questões relacionadas à violência.

Com maior prevalência das DCNT, as multimorbidades podem afetar os idosos quanto à dinâmica das condições de **independência** e **autonomia** (MORAES e AZEVEDO, 2016).

Independência: capacidade de realizar algo com os seus próprios meios, sem a ajuda de outra pessoa.

Autonomia: capacidade do indivíduo de decisão e comando sobre as próprias ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções (MORAES e AZEVEDO, 2016).

A ocorrência de múltiplas doenças crônicas simultaneamente (pluri patologia) é muito frequente e implica no envolvimento de diversos profissionais e na utilização de vários medicamentos (polifarmácia), facilitando a ocorrência de iatrogenias, que são intervenções inadequadas realizadas por profissionais da saúde, por desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento, causadoras de prejuízo à saúde.

As doenças podem se manifestar de maneira atípica e há condições que, por serem tão comuns na população idosa, foram denominadas de principais Síndromes Geriátricas: Instabilidade Postural e Quedas, Incontinência (urinária e fecal), Incapacidade Cognitiva (demência, *delirium*, depressão e doença mental), Imobilidade, Úlceras de Pressão e Iatrogenia. Qualquer agravo à saúde do idoso pode se manifestar ou determinar o surgimento de uma ou mais dessas grandes síndromes geriátricas. Essas condições são multifatoriais, associam-se à perda da independência e da autonomia e têm manejo complexo.

A família é também elemento fundamental para o bem-estar biopsicossocial do idoso e sua ausência (Insuficiência Familiar) é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e de independência do idoso. A capacidade comunicativa (que depende da integridade de visão, audição e motricidade orofacial) é outro dos determinantes da funcionalidade global. Assim, atualmente, sugere-se que a Insuficiência Familiar e a Incapacidade Comunicativa sejam incorporadas às grandes síndromes geriátricas.

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 reflete 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.

Fragilidade, incapacidade e dependência são conceitos fundamentais em saúde do idoso. A fragilidade pode ser definida como a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade

de adaptação do indivíduo às agressões biopsicossociais, com maior vulnerabilidade a desfechos indesejáveis como declínio funcional, incapacidade, dependência, necessidade de institucionalização e morte.

Resulta do acúmulo progressivo de deficiências nos sistemas fisiológicos, suficientes para o desenvolvimento de condições crônicas de saúde preditoras de declínio funcional (risco de fragilização) ou de declínio funcional estabelecido (dependência funcional). A fragilidade deve ser identificada precocemente para que sejam possíveis a prevenção da incapacidade e a promoção da qualidade de vida no envelhecimento.

A dependência ou incapacidade funcional é a dificuldade para a realização de tarefas essenciais para uma vida independente, incluindo as atividades de autocuidado e as domiciliares, com necessidade da ajuda de outra pessoa ou de alguma adaptação do ambiente, mobiliário e/ou da forma de execução.

Outro conceito, que vem sendo a cada dia mais valorizado na atenção da pessoa idosa é a **sarcopenia**, síndrome clínica caracterizada pela perda progressiva e generalizada de massa muscular esquelética e da função muscular, representada pela redução de força muscular e desempenho funcional, o que pode gerar efeitos adversos como queda, dependência funcional, hospitalização, institucionalização e morte (MORAES; AZEVEDO, 2016).

Diversas são as modificações que ocorrem no organismo de quem envelhece, e elas necessitam ser conhecidas para que se possam diferenciar as alterações normais do envelhecimento (senescência), daquelas associadas ao envelhecimento patológico (senilidade).

Do exposto, fica claro que os serviços de saúde terão, cada vez mais, que atender a um usuário diferente: mais idoso, com fisiologia, apresentação clínica e patologias particulares, que passa mais tempo enfermo, com comorbidades, polimedicado, com grande potencial de incapacitar-se diante de um problema de saúde e com maiores necessidades de serviços de reabilitação e cuidados paliativos. Embora o envelhecimento populacional indique o sucesso de políticas públicas de saúde, econômicas e sociais, ele traz inúmeros desafios para todas as áreas.

Neste contexto, em consonância com a PNSPI, e buscando superar os desafios que permanecem em relação à Saúde da Pessoa Idosa, esta Linha de Cuidado configura-se como um modo de organizar estrategicamente a atenção integral e longitudinal à saúde desta população na RAS. Tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde, assim como responsável por promover a articulação e integração de ações com as demais políticas públicas.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÔNIOS, SIGLAS

AB - Atenção Básica	NASF - Núcleo Ampliado à Saúde da Família
ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas	NT - Norma Técnica
ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária	OMS - Organização Mundial de Saúde
ACS - Agente Comunitário de Saúde	PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
AGA - Avaliação Geriátrica Ampla	PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
AAGA - Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso	PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
ACS - Agente Comunitário de Saúde	PSB - Proteção Social Básica
AD - Atenção Domiciliar	PSE - Proteção Social Especial
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária	PTS - Projeto Terapêutico Singular
APS - Atenção Primária à Saúde	RAS - Rede de Atenção à Saúde
AVD - Atividades da Vida Diária	RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	RAS – Rede de Atenção a Saúde
CEFID - Centro de Ciências da Saúde e do Esporte	RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
CEO - Centro Especializado Odontológica	SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
CnaR - Consultório na Rua	SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social	SES/SC - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social	SISAP - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
DAB - Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde	SUAS - Sistema Único de Assistência Social
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis	SUS - Sistema Único de Saúde
eAB - equipe de Atenção Básica	SUG - Superintendente de Planejamento e Gestão do SUS
ESF - Estratégia de Saúde da Família	UBS - Unidade Básica de Saúde
eSF - Equipe de Saúde da Família	UCP - Unidades de Cuidados Prolongados
GEABS - Gerência de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde	UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio	UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	VES-13 - Vulnerable Elders Survey (Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável)
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos	
ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária da Saúde	
MS - Ministério da Saúde	

1. INTRODUÇÃO

Em consonância com a PNSPI e buscando superar os desafios que permanecem em relação à Saúde da Pessoa Idosa, a Linha de Cuidado configura-se como um modo de organizar estrategicamente a atenção integral e longitudinal à saúde desta população na RAS, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde. Assim, esta linha estabelece um percurso longitudinal para o cuidado integral nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde, desde a atenção primária à especializada, e promove a articulação e integração de ações com as demais políticas públicas.

A atenção à saúde da população idosa tem como porta de entrada preferencialmente a APS. Cabe considerar que, em SC a Estratégia Saúde da Família (ESF) está implantada em 100% dos municípios catarinenses, com cobertura populacional da equipe de Saúde da Família (eSF) de 80,7% (SES/SC, 2018). No entanto, para garantir um atendimento diferenciado na sua integralidade, é preciso incorporar mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção ao contingente idoso, tendo o envolvimento de profissionais da APS com destaque para os que atuam no Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) e na Atenção Domiciliar.

Os pontos de atenção incluem tanto os serviços de saúde quanto os de outros setores, como os dispositivos da assistência social, as instituições da justiça e dos direitos humanos, as entidades e associações comunitárias, equipamentos e pontos de cultura, esportes, lazer e educação, dentre outros, necessários à integralidade do cuidado e à construção da intersectorialidade.

Caberá ao gestor estadual e municipal garantir a atenção às pessoas idosas em seu território pelas equipes. Para tanto, a implantação, junto às equipes de saúde, desta Linha de Cuidado na RAS, pressupõe:

- Conhecer, reconhecer, monitorar, acompanhar e avaliar as necessidades de saúde das pessoas idosas, considerando sua capacidade funcional e a heterogeneidade dos processos de envelhecimento;
- Definir as funções, responsabilidades e competências de cada nível de atenção na produção do cuidado à pessoa idosa;
- Estabelecer normas e fluxos entre os níveis e pontos de atenção, no que diz respeito ao acesso e cuidado ofertado às pessoas idosas;
- Mapear, organizar e articular os recursos dos diferentes territórios, serviços e pontos de atenção da RAS para proporcionar a atenção integral, considerando as articulações intersetoriais necessárias;
- Promover a Educação Permanente dos profissionais da RAS e estabelecer parcerias com outros setores, para a realização de educação permanente da rede intersetorial, quanto ao processo de envelhecimento e de cuidado da população assistida.

1.1 Objetivo Geral

- Implantar a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa em Santa Catarina.

1.2 Objetivos Específicos

- Implementar ações estratégicas de atenção à saúde da população idosa, tendo como diretriz as normativas vigentes;
- Sensibilizar os gestores municipais de saúde para o desenvolvimento das ações estratégicas de saúde da pessoa idosa;
- Capacitar equipes multidisciplinares, para implementar ações estratégicas da Linha de Cuidado da Pessoa Idosa, com estratificação de risco e tendo a atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado;
- Fortalecer por intermédio de pactuação em Comissão Intergestores Bipartite a integração dos três níveis de atenção, como forma de garantir a longitudinalidade e integralidade necessária ao cuidado da pessoa idosa;
- Implementar a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na APS.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A APS abrange um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b).

Avaliando essa responsabilidade sanitária, identifica-se que o Brasil passa por um rápido e intenso processo de envelhecimento de sua população. De acordo, com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida ao nascer dos brasileiros tem aumentado progressivamente e, em 2016, alcançou uma média de 75,7 anos, sendo 79,3 anos para a mulher e 72,2 para o homem (IBGE, 2017).

O IBGE estimou um incremento médio de mais de 1 milhão de pessoas idosas a cada ano, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), aponta que 14.4% da população brasileira têm 60 anos ou mais de idade. Em 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto a previsão de crianças é de 14% da população (BRASIL, 2016a).

Esse crescimento representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços de saúde preventivos e curativos, avanço da tecnologia, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escola-

idade e da renda, entre outros determinantes. A composição e distribuição da população idosa de Santa Catarina (SC) é de 6.248.436 milhões (QUADRO 1 e FIGURA 1).

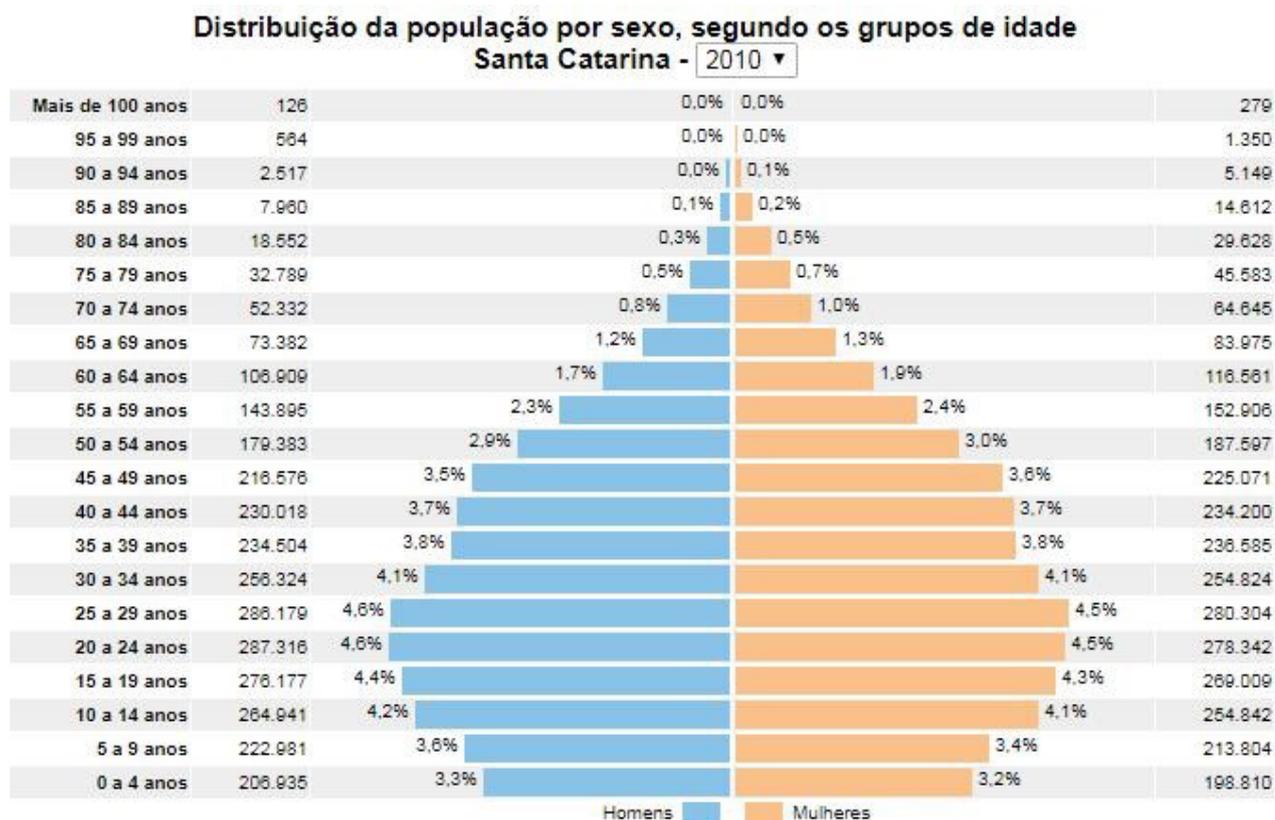
Quadro 1 - Composição da população idosa por faixa etária e sexo. SC/Brasil. 2010.

Faixa Etária	Geral		Homens		Mulheres	
	n	%	n	%	n	%
100 anos e +	405	0,06	126	0,04	279	0,08
90 a 99 anos	9.580	1,46	3.081	1,04	6.499	1,80
80 a 89 anos	70.752	10,77	26.512	8,98	44.240	12,23
70 a 79 anos	195.349	29,74	85.121	28,84	110.228	30,47
60 a 69 anos	380.827	57,97	180.291	61,09	200.536	55,43
TOTAL	656.913	100,00	295.131	100,00	361.782	100,00

Fonte: IBGE, 2010.

O Quadro 1 destaca a diferença entre os gêneros. As mulheres lideram a longevidade, vivem mais no estado, pois o número é superior das mulheres em relação aos homens. A expectativa de vida dos idosos em 2012 era de mais 71,6 anos, o que representou um incremento de 1,8 anos no período de 2006-2012. A expectativa de vida é maior no sexo feminino: os homens obtiveram 2,3 anos e as mulheres obtiveram 4 anos. A maior expectativa de vida – 4,6 anos – está localizada na Região de Saúde Extremo Oeste (SES/SC, 2016).

Figura 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. SC/Brasil. 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

Santa Catarina se destaca como maior longevidade do país, com 3,2 anos acima da média nacional, o que tem relação com a qualidade de vida nos municípios catarinenses. Nesta qualidade incluem-se fatores como renda, educação, alimentação, atividade física e acesso a serviços de saúde.

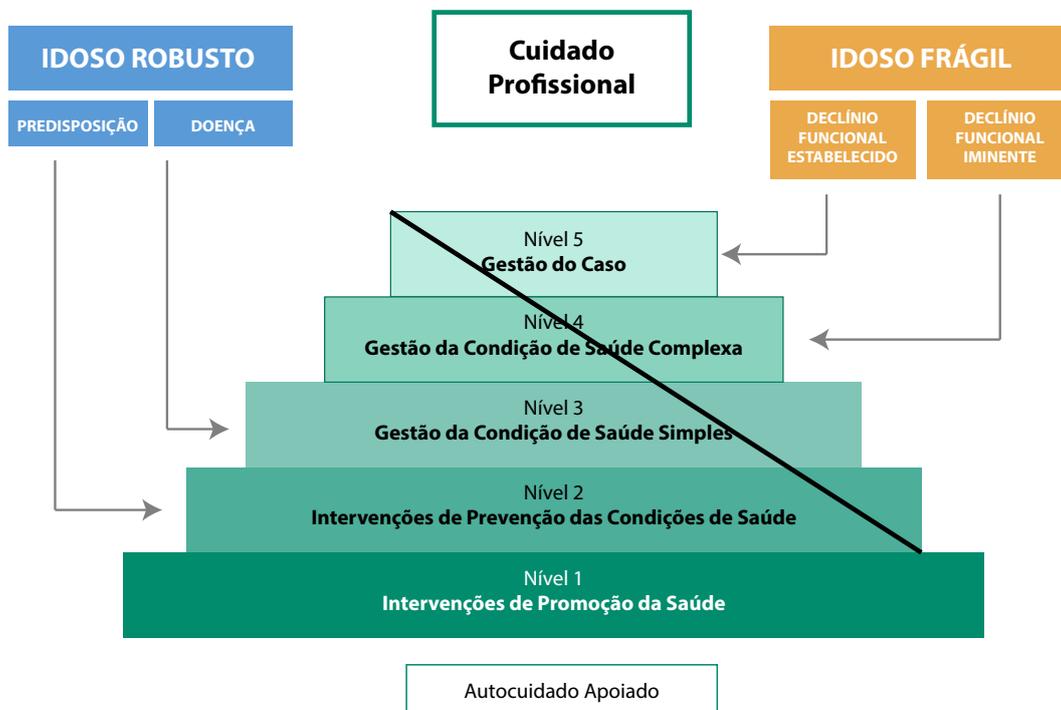
2.1 Heterogeneidade do Envelhecimento

A transição demográfica brasileira apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento.

Esse processo impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e atenção domiciliar. Associado a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social (IBGE, 2016).

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças, com forte predomínio das condições crônicas (FIGURA 2).

Figura 2 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas - ao Cuidado das Pessoas Idosas



Fonte: Moraes, 2012.

O modelo de atenção às condições crônicas tem uma elevada prevalência de mortalidade e morbidade por condições agudas, decorrentes de causas externas e de condições crônicas agudizadas.

A maioria dos idosos são portadores de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social (Brasil, 2017b).

Diante da transição do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, é imprescindível implantar atenção organizada em Linha de Cuidado que permite organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) a partir das necessidades dos idosos, identificada pela territorialização e estratificação por perfis (BRASIL, 2017a).

Nesta estratificação propõe-se três diferentes perfis de funcionalidade:

- Pessoas idosas independentes e autônomas;
- Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros;
- Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades de vida diária.

A definição dos perfis de funcionalidade dos idosos organiza as ações a serem desenvolvidas, em cada nível de atenção da RAS e por meio da articulação intersetorial.

3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

À medida que envelhece, a população passa a apresentar um perfil epidemiológico diferenciado, caracterizado pelo aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doença arterial coronariana, doença pulmonar obstrutiva, dentre outras, do qual decorre a crescente demanda por cuidados de longa duração.

Contudo, a população não envelhece da mesma forma. Há pessoas idosas que permanecem absolutamente capazes de realizarem suas atividades cotidianas por si mesmas, ainda que apresentem doenças crônicas ou outras condições importantes de saúde. Outras pessoas precisam de apoio e adaptações para a realização de suas atividades, e algumas se tornam completamente dependentes de cuidados contínuos e da ajuda de terceiros, mesmo que não sejam cronologicamente tão idosas. Assim, a presença de múltiplos problemas de saúde e a idade avançada não implica, necessariamente, em dependência para a realização das suas atividades da vida diária, ou dependência funcional.

Existem vários instrumentos, escalas e testes que auxiliam a avaliação das múltiplas dimensões que incidem sobre a saúde da pessoa idosa, na perspectiva da integralidade.



O Ministério da Saúde propõe a Cader-
neta de Saúde da Pessoa Idosa, como
uma ferramenta de apoio para a ava-
liação multidimensional a ser realiza-
da no nível primário de atenção (BRASIL,
2017d).

Na caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, estão inseridos os dados pessoais; avaliação da pessoa idosa; controle da pressão arterial e glicemia; calendário de vacinação; avaliação de saúde bucal; agenda de consultas e exames. Além de orientações dos direitos da pessoa idosa quanto: ao uso e armazenamento de medicamentos; acesso a medicamentos no SUS; dez passos para uma alimentação saudável; prevenção de quedas; atividade física; sexualidade e lista pessoal de endereços e/ou telefones e serviços úteis.

A caderneta integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no SUS. É muito importante que seu preenchimento se dê por meio de informações cedidas pela pessoa idosa, familiares e/ou cuidadores, para compor o plano de cuidado, a ser construído em conjunto com os profissionais de saúde.

A caderneta permitirá o registro e o acompanhamento, de informações sobre os dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para seu autocuidado nas limitações funcionais.

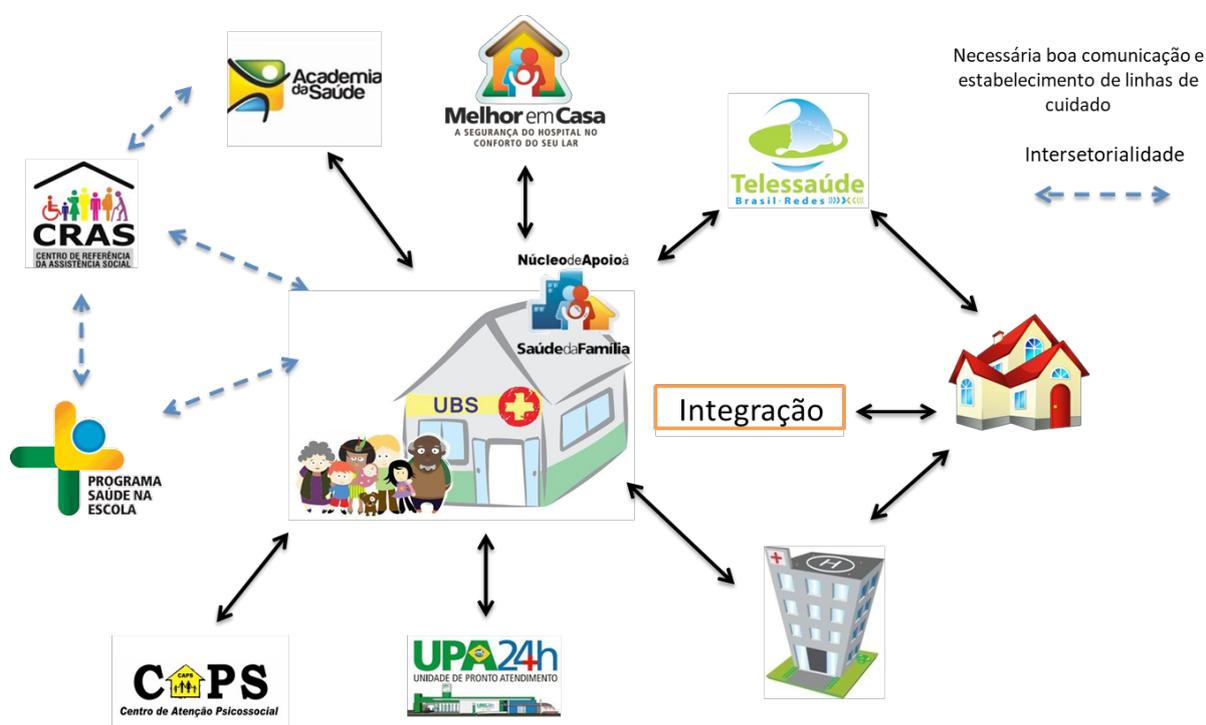
As limitações funcionais implicam em uma perspectiva de cuidado de longa duração, a qual traz para os sistemas de saúde públicos, demandas crescentes por procedimentos de média e alta complexidade, por serviços de reabilitação e de internação.

Face ao envelhecimento da população, o conjunto das políticas públicas e os serviços de saúde devem encontrar formas de organização que atendam a essa crescente demanda com qualidade e resolutividade, atendendo também aos princípios da economicidade.

Gestores e trabalhadores dos sistemas de saúde devem compreender o fenômeno do envelhecimento, de modo a planejar, organizar, implantar e desenvolver ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a Pessoa Idosa (BRASIL, 2017a).

Além de produzir articulações e sinergias com os demais serviços e dispositivos que afetam as condições de saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas (rede intersetorial), visando à coordenação do cuidado, redução de custos e otimização de recursos em todo o sistema (FIGURA 3).

Figura 3 - Modelo simplificado da Rede da Saúde da Pessoa Idosa



Fonte: SES/SC, 2017.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, por ser um documento que fica com a pessoa idosa, favorece a comunicação entre as diferentes equipes dos pontos de atenção da RAS, uma vez que permite o registro de todas as informações importantes a respeito do indivíduo e sua trajetória clínica, psicossocial e funcional. Essa é uma das formas de comunicação da RAS, em especial nos municípios que não contam com prontuários eletrônicos compartilhados entre os diferentes níveis de atenção. Por esse motivo, enfatiza a importância de orientar as pessoas idosas a apresentarem a caderneta em todos os atendimentos que realizam na rede.

3.1 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

A promoção da saúde é o conjunto de medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima, promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade, e os riscos à saúde, relacionadas aos seus determinantes e condicionantes, como hábitos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Por sua vez, o termo prevenção de doenças consiste na implementação de medidas capazes de reduzir a predisposição às doenças ou atrasar seu início e respectivas complicações ou incapacidades.

No campo da saúde, cabe garantir o envelhecimento ativo, com qualidade de vida, independência e autonomia, com medidas preventivas ou postergando ao máximo o surgimento das incapacidades e da dependência, o que implica na necessidade urgente de reconhecimento precoce da fragilidade e na adoção de intervenções que possam preveni-la ou revertê-la.

As medidas preventivas podem ser classificadas em prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.

Prevenção primária	É a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade);
Prevenção secundária	É a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: rastreamento, diagnóstico precoce);
Prevenção terciária	É a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação (ex.: prevenir complicações do diabetes, reabilitar paciente pós infarto agudo do miocárdio (IAM) ou do acidente vascular cerebral (AVC));
Prevenção quaternária	É a detecção de indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis.

A APS é a coordenadora e ordenadora do cuidado em todos os ciclos de vida. No idoso, ela assume um papel extremamente relevante na estratificação de risco e, conseqüentemente, no reconhecimento daquele que necessita de atenção diferenciada. Cabe a APS, a desmisti-

ficção de tudo aquilo que é atribuído ao envelhecimento por si, de forma a garantir que os problemas de saúde da pessoa idosa, particularmente as incapacidades, não sejam atribuídos a “problemas da idade”.

Certamente, os casos mais graves, com perdas já instaladas, ou pessoas que se encontram em uma situação de maior vulnerabilidade demandarão maiores articulações entre os pontos de atenção da RAS e com outras redes de suporte e proteção social, exigindo mais das equipes de saúde, com necessidade de maior densidade do cuidado e maior frequência do acompanhamento da pessoa idosa e de sua família.

No entanto, pelas especificidades das pessoas idosas e pela dinâmica de suas condições de saúde, que podem levar rapidamente ao declínio da capacidade funcional, entendemos a importância de se elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), também para àqueles idosos que não apresentam comprometimentos significativos e que mantêm suas capacidades físicas e mentais preservadas.

Nessas situações, o PTS pode ser trabalhado pela equipe de profissionais da APS com a pessoa idosa e sua família, de forma a construir com ela um conjunto de ações, que visem à promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos.

Nesse sentido, as pessoas idosas podem ser orientadas pelos profissionais da saúde, na compreensão do que seja um envelhecimento saudável para si, apoiando mudanças de hábitos e favorecendo a adesão a práticas e atitudes saudáveis, na perspectiva do autocuidado.

3.2 Pontos de Atenção da Rede

Os Pontos de Atenção da Rede estão inseridos dentro do território sanitário e são categorizados, de acordo com os níveis de atenção (QUADRO 2).

Quadro 2 - Pontos de Atenção da Rede

Nível de Atenção	Ponto de Atenção	Território Sanitário
Atenção Terciária à Saúde	Hospital com leitos UTI	
Atenção Secundária à Saúde	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Macrorregião /Região de Saúde Região de
	Unidade de Saúde Mental-CAPS	
	Centro de Especialidade Odontológica – CEO	
	Melhor em Casa	
	SAMU	
	Hospital Geral	
Atenção Primária à Saúde	NASF	Município
	Laboratório de Prótese Dentária	
	Unidade Básica de Saúde	Área de Abrangência
	Polo de Academia da Saúde	
	Casa/Domicílio	Microárea

Fonte: SES/SC, 2017.

3.3 Ações nos Pontos de Atenção à Saúde

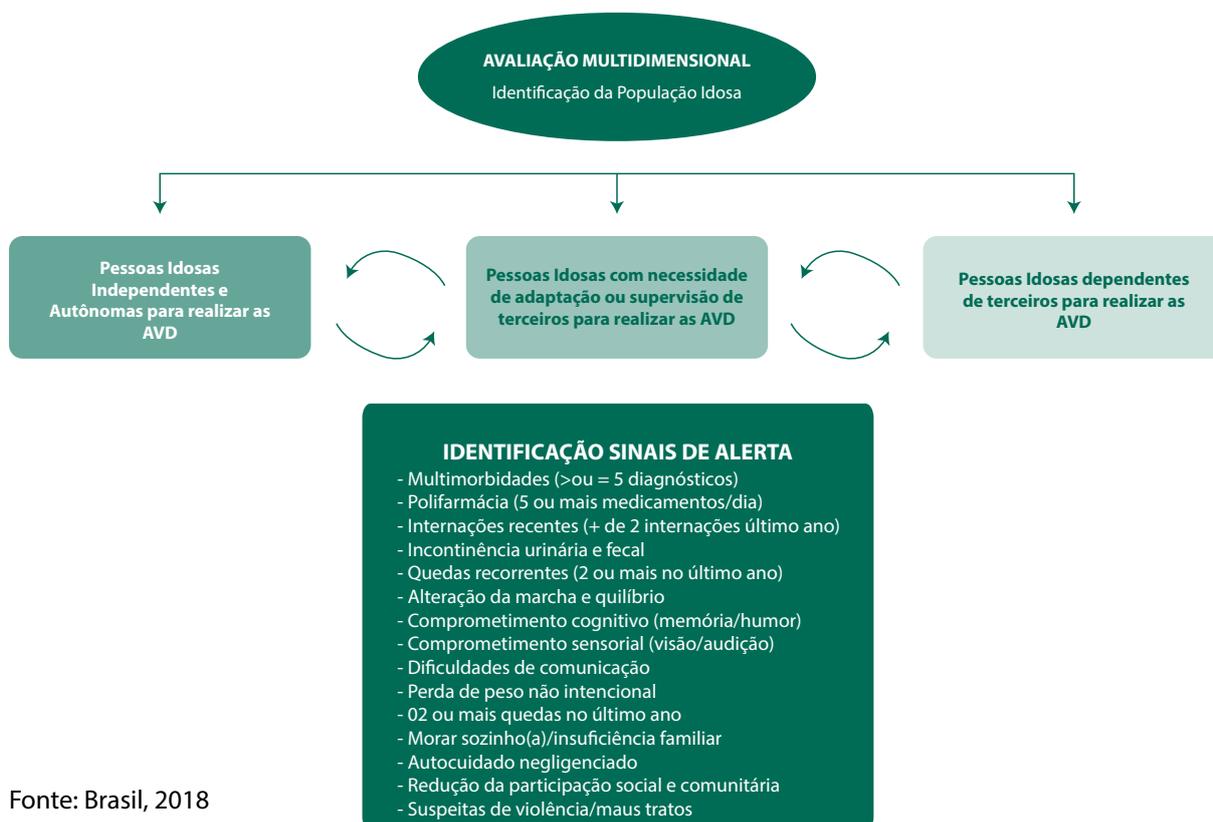
A seguir destacam-se alguns pontos de atenção estratégicos na APS e na atenção especializada que articulados na RAS e com a rede intersetorial possibilitam a integralidade do cuidado e definem as ações.

3.3.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A APS é a porta preferencial de entrada da pessoa idosa ao SUS. Na UBS deve acontecer o “acolhimento”, a busca ativa envolvendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), destacando a importância da participação da família. A equipe de Saúde da Família (eSF) e demais equipes, tem um papel fundamental na ordenação do cuidado ofertado à saúde da pessoa idosa e na realização do acolhimento e da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso (AAGA) (FIGURA 4). A avaliação pode ser realizada com o auxílio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e de sua ficha espelho, ferramentas que devem estar associadas às capacitações dos profissionais de saúde.

Portanto, cabem às equipes da APS a primeira abordagem e a avaliação multidimensional e estratificação de risco, das pessoas idosas dos territórios para os quais são referências. Sendo assim, as pessoas idosas de um determinado território, bem como suas condições funcionais, devem ser avaliadas e identificadas pelas eSF e por outros dispositivos, como as equipes de Consultório na Rua (CnaR) e NASF. Independentemente, do ponto da RAS acessado pela pessoa idosa, cabe à APS o papel de disparador e coordenador do processo de cuidado integral.

Figura 4 - Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso



Fonte: Brasil, 2018

Os NASF exercem um papel fundamental de apoio, matriciamento, suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das equipes de APS, para discutir o acompanhamento do idoso ou de seus familiares. Competem, também, aos NASF participar do planejamento conjunto das ações, de discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, Educação Permanente e ações intersetoriais. Podem contribuir muito na construção do PTS e desenvolverem em conjunto, ações de recuperação da capacidade funcional e reabilitação de menor densidade tecnológica. Além disso, as ações de promoção e prevenção incrementadas pelos NASF ajudam a evitar a prática do encaminhamento desnecessário.

O Polo Academia da Saúde, como ponto de atenção no território, complementa o cuidado integral e fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde desenvolvidos pela ESF, NASF e a Vigilância em Saúde. Desenvolvido na APS, traz vários benefícios para as pessoas idosas, pois potencializa uma série de ações voltadas à preservação da capacidade funcional.

Entre as abordagens no cuidado integral oferecidas no âmbito da APS estão as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). As PICS envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006).

Ainda, cabe à APS a implementação das ações de imunização, como campanhas vacinais, garantindo índices satisfatórios de cobertura e, portanto, de prevenção de doenças transmissíveis como a influenza e as doenças pneumocócicas.

A ação de imunização no contexto domiciliar é de fundamental importância às pessoas idosas acamadas ou com grandes dificuldades de locomoção. Também é necessário garantir a imunização às pessoas idosas, que vivem em instituições de acolhimento como casas-lares e Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Essas instituições, portanto, devem ser reconhecidas nos territórios e tomadas como responsabilidade das equipes de APS.

A promoção da saúde oral exige a conformação de uma equipe de trabalho, que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços, para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações, e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2012a).

Destacando como ponto de atenção os laboratórios de prótese dentária.

Quando se esgotam os recursos disponíveis na APS, seja para realizar a avaliação multidimensional ou esclarecer dúvidas diagnósticas ou, ainda, para complementação do PTS, faz-se necessário definir e organizar na RAS o suporte da atenção especializada ambulatorial por equipe multiprofissional capacitada.

3.3.2 Atenção Secundária à Saúde

Para acesso a atenção especializada secundária ou terciária a gestão local/regional pode utilizar o serviço de regulação. A regulação é essencial para organizar os encaminhamentos necessários para exames, para confirmação diagnóstica de doença ameaçadora da vida, para adequação e reavaliação do tratamento, realização de procedimentos especializados ou, ainda, para estabelecer parceria para os tratamentos terapêuticos, a depender da doença de base.

Além disso, a regulação possibilita o acesso a redes de atenção temáticas, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência; Rede de Doenças Crônicas e Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

3.3.2.1 Melhor em Casa

A Atenção Domiciliar (AD) está indicada “para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade; na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador” (BRASIL, 2012b).

A AD no SUS pode ser realizada tanto pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da APS, como pelas equipes multiprofissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), credenciados ou não no Programa Melhor em Casa, a depender dos critérios de elegibilidade, vulnerabilidade e intensividade do cuidado. A AD está configurada em três modalidades de atenção: AD1, AD2 e AD3, sendo que a AD1 é de competência das equipes de APS.

O atendimento da equipe multidisciplinar no domicílio do paciente idoso procura prestar um cuidado mais humanizado, evitar as reinternações hospitalares, diminuir a permanência do idoso no hospital e, com isso, evitar o risco de infecção, problemas respiratórios, imobilidade e lesão por pressão.

3.3.2.2 Unidade de Pronto Atendimento 24h, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192, Hospital Geral

Os pontos de atenção hospitalar, junto as Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), farão a interlocução entre a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Essa interface é fundamental no intuito de promover a assistência integral, aos casos de doenças crônicas agudizadas.

3.3.2.3 Centros de Especialidade Odontológica (CEO)

Devido à dor e pior qualidade de vidas, associadas aos problemas de saúde oral, são necessários serviços básicos de tratamento dental e também serviços especializados como os Centros de Especialidade Odontológica (CEO), criado pelo Ministério da Saúde (MS) para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. É de responsabilidade do cirurgião dentista do CEO, o diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares, biópsia, terapêutica cirúrgica (nível Ambulatorial) e medicamentosa, quando pertinente; e planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia. Realiza atendimento em periodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais.

3.3.2.4 Saúde Mental

Atenção especial deve ser dada às pessoas idosas e a aqueles que estão envelhecendo, devido ao risco de transtornos mentais. É de responsabilidade das equipes da CAPS o atendimento aos portadores de transtornos mentais.

Suspeitando-se de depressão, o uso da Escala de Depressão Geriátrica (QUADRO 3) poderá auxiliar no diagnóstico. Essa escala destina-se ao uso de qualquer profissional da APS, podendo ser usada por leigos ou até mesmo ser autoaplicada.

Quadro 3 - Escala de Depressão Geriátrica

PERGUNTA		PONTUAÇÃO	
		SIM	NÃO
1	Está satisfeito(a) com sua vida?	0	1
2	Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	1	0
3	Sente que a vida está vazia?	1	0
4	Aborrece-se com frequência?	1	0
5	Sente-se de bem com a vida a maior parte do tempo?	0	1
6	Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	1	0
7	Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente desamparado(a)?	1	0
9	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Acha que tem mais problema de memória que a maioria?	1	0
11	Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?	0	1
12	Vale a pena viver como vive agora?	0	1
13	Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14	Acha que sua situação tem solução?	0	1
15	Acha que tem muita gente em melhor situação	1	0
TOTAL MAIOR QUE 5 – SUSPEITA DE DEPRESSÃO			

Tabela para apresentação de resultados:

Data	Resposta SIM	Respostas NÃO	Pontuação Total	Classificação'

Fonte: CEFID/UDESC, (s./d.).

Ainda são muito presentes o preconceito, o estigma e a exclusão social com relação às pessoas com transtornos mentais. Essa realidade se agrava na idade avançada, quando associada à falta de apoio familiar, social e de políticas públicas efetivas, o que acaba por provocar a institucionalização dessas pessoas. A pessoa com transtorno mental que envelhece é bastante vulnerável, não só a outras doenças e agravos, como também a situações de

violência e violação de seus direitos fundamentais. Deve-se dar uma atenção especial ao subdiagnóstico de doença/transtorno mental, especialmente a depressão, e às altas taxas de suicídio entre os idosos (OMS, 2017).

3.3.3 Atenção Terciária à Saúde

Uma parcela dos pacientes apresentará alto grau de complexidade e múltiplas necessidades de saúde e necessitará de serviços ambulatoriais especializados, a exemplo dos Centros de Referência Saúde do Idoso que devem estar articulados com os demais pontos de atenção da RAS, com acesso a procedimentos de maior densidade tecnológica para manejo efetivo do cuidado compartilhado com a APS.

Internações hospitalares e intercorrências, que levem a serviços de urgência e emergência devem ser acompanhadas, também pelas equipes da atenção primária, para troca de informações e acompanhamento da evolução do quadro, e em especial, no retorno ao lar, por meio das visitas domiciliares que permitam o acompanhamento da recuperação da pessoa idosa, bem como para ofertar suporte e orientações para familiares e outros cuidadores. Nesses casos, tendo em vista a dinâmica de mudanças do estado de saúde da pessoa idosa, além do acompanhamento permanente das equipes da APS, poderá ser indicado o suporte das equipes da atenção domiciliar ou de Unidades de Cuidados Prolongados (UCP), dependendo do caso em questão, visando uma recuperação mais rápida e efetiva.

4. AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

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

4.1 Avaliação da Capacidade Funcional

No Brasil, 30,1% das pessoas com 60 anos ou mais apresentam limitação funcional, definida pela dificuldade para realizar pelo menos uma entre dez atividades básicas da vida diária (ABVD) ((Lima-Costa et.al, 2017), qualquer avaliação da pessoa idosa deve ter seu início na avaliação da funcionalidade global, apresentados a partir das escalas de Katz e Lawton.

Na Escala de Katz (QUADRO 4), as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções básicas sendo elas (tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência (controlar a eliminação de urina e fezes) e capacidade para alimentar-se).

Quadro 4 - Escala de Katz

ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
1- Tomar banho	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho;	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho.
2 - Vestir-se	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.
3 - Uso do vaso Sanitário	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre/ similar somente à noite, pode ou não usar suportes mecânicos).	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
4 - Transferência	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio).	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.
5 - Continência	Micção e evacuação inteiramente autocontrolados.	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis/comadre controlado por terceiros.
6 - Alimentar-se	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe

Fonte: Lino, 2008.

Independência significa a realização dos atos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz. Dependência pode estar vinculada quando a pessoa idosa, pode perder permanente ou temporariamente sua independência e sua autonomia.

A escala de Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a ABVD, a escala mostra-se útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos além de contribuir para o ensino do significado de “ajuda” em reabilitação.

Onde a classificação da independência nas ABVD, podem ser:

- a) independente para todas as atividades.
- b) independente para todas as atividades menos uma.
- c) independente para todas as atividades, menos banho e mais uma adicional.
- d) independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
- e) independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
- f) independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
- g) dependente para todas as atividades.

E na escala de Lawton, utilizada para avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa, no conjunto de atividades necessárias para uma vida independente na comunidade é denominado de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Essas atividades, são tarefas mais complexas como: preparação das refeições, controlar e tomar os remédios, fazer compras, cuidar das finanças, conseguir telefonar, arrumar a casa, fazer trabalhos domésticos e sair de casa sozinho. As AIVD podem ser avaliadas pela Escala de Lawton (QUADRO 5).

Quadro 5 - Escala de Lawton

Atividade	Avaliação	Escore
1 - Você é capaz de preparar as suas refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2 - Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3 - Você é capaz de fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4 - Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5 - Você é capaz de usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6 - Você é capaz arrumar a sua casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7 - Você é capaz de fazer pequenos trabalhos domésticos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8 - Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9 - Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL	PONTOS	

Para cada questão a primeira resposta (sem ajuda) significa independência, a segunda (com ajuda parcial) significa dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira resposta (não consegue) significa a dependência da pessoa idosa. A pontuação máxima é 27 pontos e a pontuação mínima de 9 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. Podem ser incluídas ou substituídos algumas questões, como por exemplo subir escadas ou cuidar do jardim.

Aos idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico, pois o declínio funcional dos idosos geralmente segue uma hierarquia, iniciando pelas ABVD mais complexas (avançadas e instrumentais), até comprometer o autocuidado (ABVD 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.

Desta forma, a presença de declínio funcional nunca deve ser atribuída à velhice e sim representar sinal precoce de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais ou sintomas típicos.

A presença de dependência funcional, definida como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, deve desencadear uma ampla investigação clínica, buscando condições de saúde que em sua maioria são total ou parcialmente reversíveis.

4.2 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 à idade, e resulta na diminuição da capacidade em lidar com estressores.

Tem sido associada a complicações pós-cirúrgicas, infecções, imobilidade e outras síndromes geriátricas, declínio físico, incapacidade. É um estágio que precede a incapacidade. Pode ser detectada precocemente e é 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.

Embora a fisiopatologia da fragilidade, ainda não esteja bem esclarecida, atualmente é reconhecida como um fenômeno multicausal e multidimensional, envolvendo vários órgãos e sistemas (nervoso, endócrino, imune e musculoesquelético), sendo a sarcopenia considerada como o substrato físico do fenótipo da fragilidade.

Perda de peso involuntária (5kg no último ano); auto relato de exaustão; fraqueza; baixo nível de atividade física e lentidão da marcha são critérios definidores de fragilidade. A presença de três ou mais parâmetros define o “idoso frágil”, e a presença de um ou dois parâmetros define o idoso “pré-frágil”. Os idosos que não apresentarem nenhum destes parâmetros são considerados robustos.

As recomendações para o manejo da fragilidade envolvem a identificação de condições, que possam contribuir para seu surgimento e daquelas que possam atuar como estressores externos, através da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa utilizados como instrumento de Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso (AAGA).

Atividade física que inclua treino de resistência, equilíbrio e força, e a utilização das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), têm sido recomendadas como ações benéficas comprovadas sobre a funcionalidade, mobilidade, prevenção de quedas e sobre a própria fragilidade.

Em relação à importância da alimentação, devido aos riscos que a desnutrição traz, são recomendadas intervenções como: suplementação proteico-calórica, suplementação de Vitamina D e revisão de medicamentos.

O processo de fragilização, que consiste na perda progressiva da vitalidade ou reserva homeostática, pode ser dividido em duas fases.

A **fase inicial** não está associada a algum sintoma específico (fase assintomática), mas é nela que se estabelecem os danos futuros à saúde. As ações preventivas são mais eficazes quando realizadas nessa fase. As ações de promoção da saúde, prevenção primária e secundária (estágio pré-clínico) devem ser feitas rotineiramente.

Posteriormente, tem-se a **fase sintomática**, na qual estão recomendadas as ações cuidadoras, que consistem em intervenções capazes de melhorar a qualidade de vida do indivíduo, as ações curativas, reabilitadoras e paliativas, além dos cuidados gerais específicos de cada condição crônica de saúde.

4.3 Classificação Clínico Funcional do Idoso

Moraes e Lanna (2016) desenvolveram a Classificação Clínica Funcional do Idoso (QUADRO 6). A classificação divide os idosos em três grandes grupos, segundo estratos: Robustos (estratos 1, 2 e 3); em risco de fragilização (estratos 4 e 5) e frágeis (estratos 6, 7, 8, 9 e 10). Os idosos frágeis, por sua vez, dividem-se em 3 grupos: de baixa complexidade, de alta complexidade e em fase final de vida.

Quadro 6 - Classificação Clínico-Funcional do Idoso

ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL		
Idosos Robustos	Estrato 1	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as Atividades de Vida Diária (AVD) avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. São indivíduos que envelheceram livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.
	Estrato 2	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial não complicada e/ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, estenose, depressão leve, Diabetes mellitus sem lesão de órgãos alvo, dentre outros.
	Estrato 3	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônicas não transmissíveis estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial complicada, diabetes mellitus com lesão de órgão alvo, depressão moderada a grave, história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral sem sequelas, doença renal crônica insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrite, doença arterial coronariana com ou sem infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica e câncer, osteoporose, fibrilação atrial, dentre outros.

Idosos em risco de fragilização	Estrato 4	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de declínio funcional e mortalidade como: sarcopenia; comprometimento cognitivo leve; comorbidade múltipla definida pela presença de polipatologias (5 doenças) ou polifarmácia (5 medicamentos) ou internamento recente.
	Estrato 5	São idosos portadores de condições crônicas preditoras de declínio funcional definidas no estrato 4 mas que já apresentam limitações em AVD avançadas, definidas como as atividades relacionadas à integração social, produtivas, recreativas e/ou sociais. Não há declínio em AVD básicas e instrumentais.
Estabelecido Idosos Frágeis	Estrato 6	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.
	Estrato 7	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.
	Estrato 8	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semi-independência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influência das pela cultura e aprendizado (banhar-se/ou vestir-se/uso do banheiro).
	Estrato 9	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais, para banhar-se ou vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVD básica preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho.
	Estrato 10	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se.

IDOSO FRÁGIL		
Baixa complexidade	Alta complexidade	Fase Final de Vida
Idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico - funcional. Nestes idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado, não necessita ser feito de forma intensiva. O foco das intervenções é a prevenção da piora funcional.	Idosos que apresentam dependência funcional nas AVD, associada a condições de saúde de difícil manejo, devido à dúvida diagnóstica ou terapêutica. O termo alta complexidade, sugere elevado potencial de ganho funcional ou de qualidade de vida. São aqueles que mais se beneficiam do acompanhamento intensivo de equipes geriátrico-gerontológicas especializadas.	Idosos que apresentam dependência funcional estabelecida, com sobrevida menor em número de meses. O foco são os cuidados paliativos, assim como o conforto ao paciente e seus familiares.

Fonte: Moraes e Lanna, 2016

4.4 Instabilidade Postural e Quedas

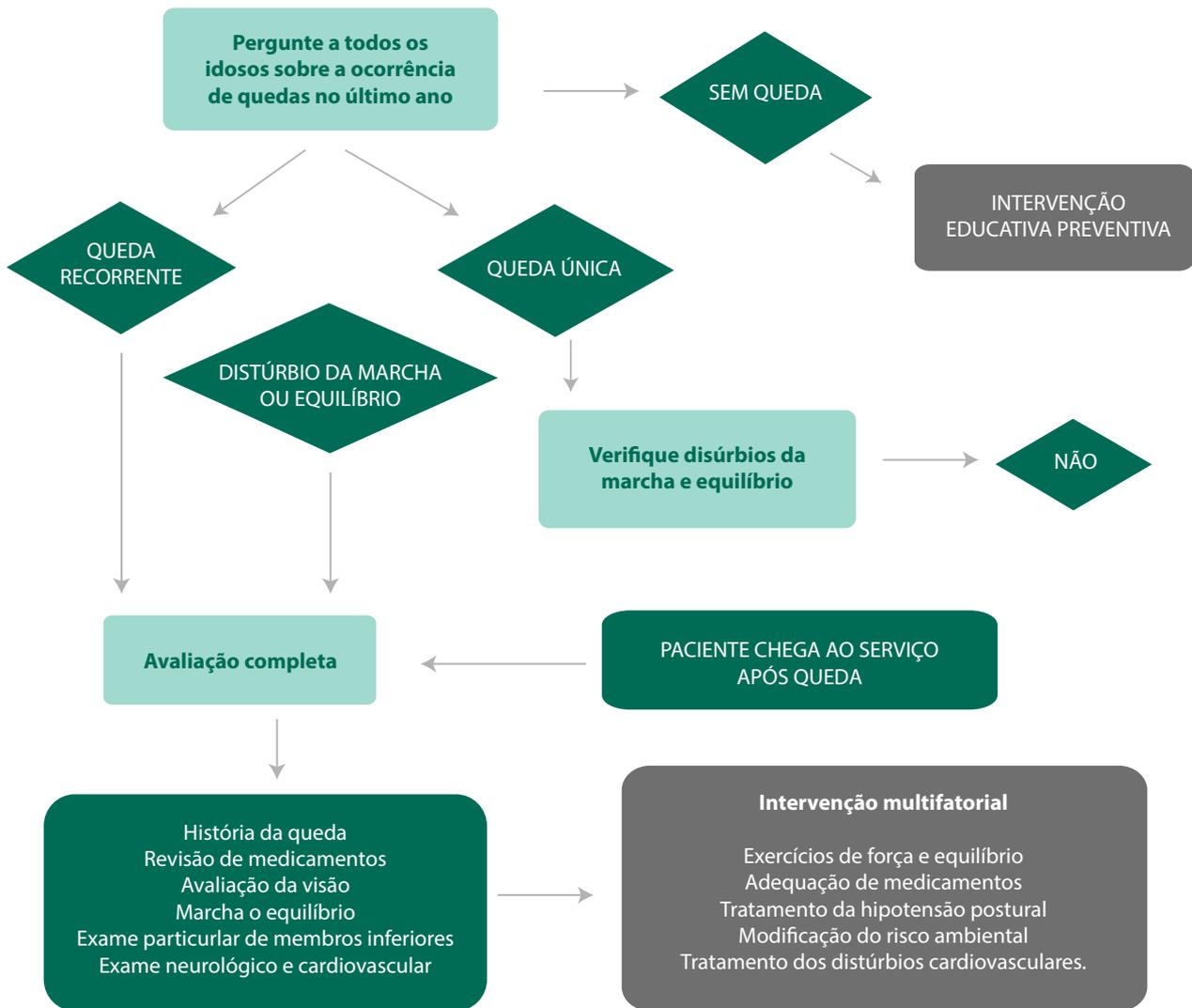
Instabilidade postural é a perda da capacidade individual para o deslocamento no ambiente de forma eficiente e segura. É a falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo durante seu movimento no espaço e está associada a alterações dos sistemas sensorial e motor, tanto pela involução motora decorrente do processo de envelhecimento, como por disfunções e doenças comuns aos idosos. Tais alterações são vistas como a dificuldade em manter o equilíbrio e podem ter consequências importantes para a saúde global do idoso, sendo a **queda** o desfecho mais temido.

Segundo a OMS, **queda** deve ser definida como o ato de “vir a inadvertidamente ter ao solo ou em outro nível inferior, excluindo-se mudanças de posições intencionais para se apoiar em móveis, paredes e outros objetos”.

As quedas estão entre os mais comuns e mais sérios problemas enfrentados pelos idosos. Ameaçam sua qualidade de vida, frequentemente levando a declínio da capacidade de auto cuidado e participação em atividades sociais e físicas. Além da redução da funcionalidade e institucionalização prematura, associam-se o aumento de morbidade e mortalidade.

Na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa há orientações para prevenção de quedas e informações sobre as quedas que o idoso sofreu. Além disso, é importante focar em mais ações de prevenção, pois as quedas devem ser evitadas, como apresentado na (FIGURA 5), algoritmo de prevenção de quedas em idosos.

Figura 5 - Algoritmo de Prevenção de Quedas em Idosos



Fonte: SESA/PR, 2017.

Aproximadamente metade das quedas ocasionam lesões, das quais 10% são graves, sendo as fraturas de fêmur as mais frequentes. As consequências das fraturas induzidas por quedas podem ser devastadoras...

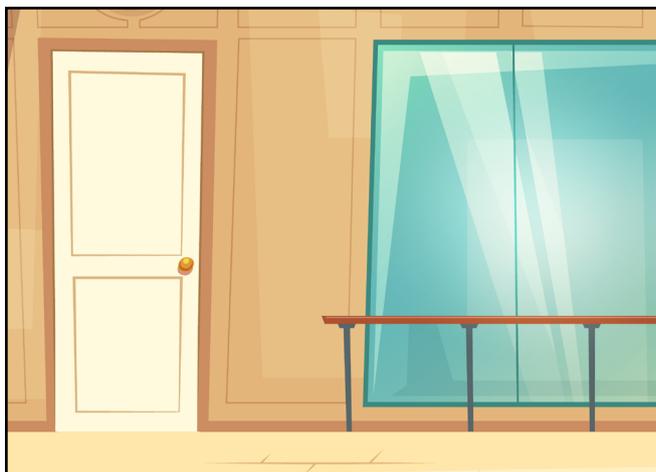
Até 20% dos pacientes com fratura de quadril, morrem no primeiro ano após o acidente e os que sobrevivem dificilmente retornam ao nível anterior de funcionalidade.

Mesmo sem causar lesões físicas, as quedas podem trazer prejuízos aos idosos. O medo de cair, que se desenvolve em 20 a 39% das pessoas que caem, pode levar à limitação da mobilidade com prejuízo da funcionalidade.

O ambiente deve ser adaptado para evitar quedas, mas é importante também, fazer com que essas informações cheguem aos idosos e seus familiares, seja nos atendimentos ou nos espaços coletivos da saúde (QUADRO 7).

A reabilitação do idoso, após fratura do colo do fêmur deverá ser avaliada por uma equipe multidisciplinar durante a sua internação, para que a sua reabilitação no lar e na sociedade possa ocorrer o mais rápido possível, evitando, assim, a ocorrência ou o agravamento de comorbidades, como pneumonia, infecção hospitalar, úlcera por pressão e restrição ao leito.

Quadro 7 - Escala Ambiental do Risco de Quedas



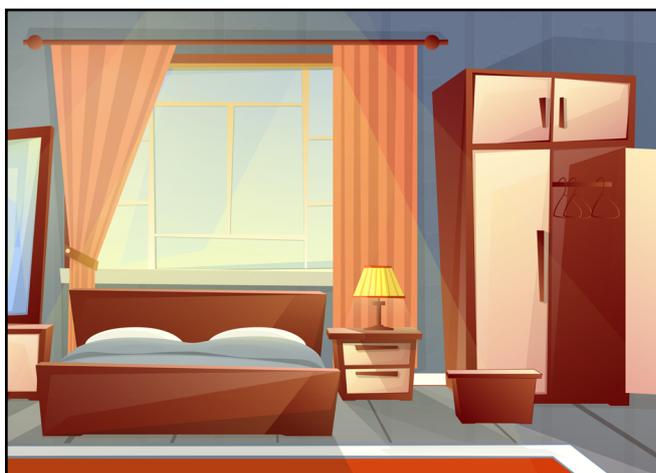
ÁREAS DE LOCOMOÇÃO

Desimpedidas, com barras de apoio, revestimentos uniformes, sem tapetes ou com tapetes bem fixos.



ILUMINAÇÃO

Suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus; interruptores acessíveis na entrada dos cômodos.



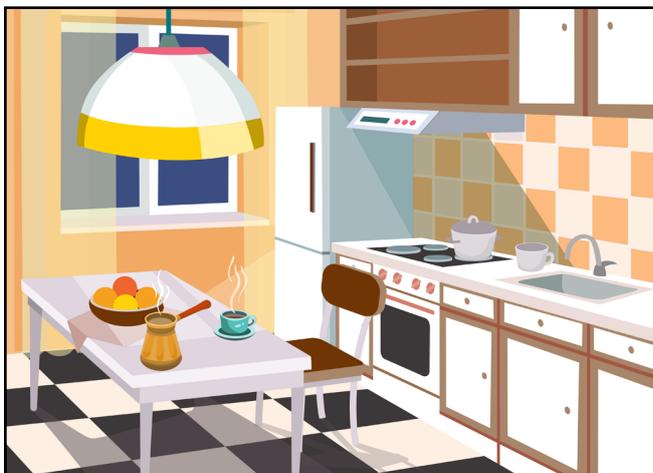
QUARTO DE DORMIR

Guarda-roupa com cabides facilmente acessíveis; cadeira permitindo sentar para se vestir; cama de boa altura (45 cm).



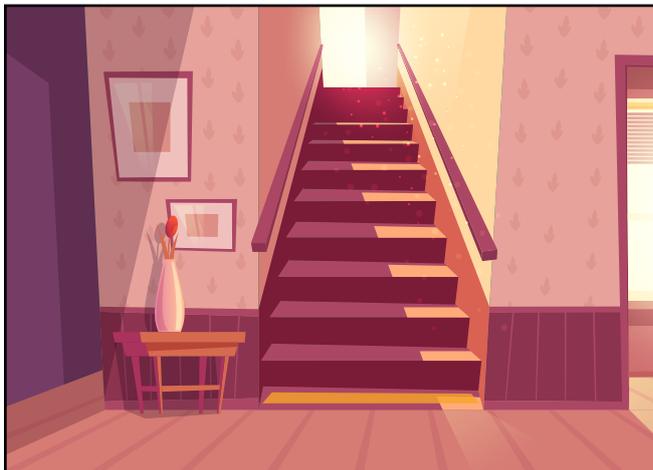
BANHEIRO

Área do chuveiro com antiderrapante; box com abertura fácil ou cortina firme; presença de barras de apoio; altura adequada do vaso sanitário.



COZINHA

Armários baixos, sem necessidade de uso de escadas; piso seco.



ESCADAS

Revestimento antiderrapante, pintura com tinta amarela do primeiro e do último degrau da escada, corrimão bilateral sólido que se prolongue além do primeiro e último degraus. Uniformidade dos degraus, com revestimento antiderrapante dos espelhos.

ÁREAS EXTERNAS

Irregularidades e obstáculos nos calçamentos; vasos de plantas em altura acessível sem necessidades de se abaixar.

4.5 Estratificação de Risco do Idoso na APS

Para que todas as informações das condições de saúde e sociais levantadas pela equipe interdisciplinar possam ser registradas e acompanhadas de forma longitudinal, o Ministério da Saúde (MS) criou a Caderneta da Saúde do Idoso (BRASIL, 2017d).

Santa Catarina adota a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para identificar todos os idosos da área de abrangência da UBS, principalmente os idosos em situação de fragilidade, com o objetivo de priorizar o atendimento dos idosos de acordo com o grau de vulnerabilidade que se encontram.

Outro instrumento capaz de identificar o idoso vulnerável (risco aumentado de mortalidade em 2 anos), com ênfase nos dados referentes à idade, auto percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades é o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13) (FIGURA 6).

Figura 6 - Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13)

Variável		Classificação					
IDADE	75 a 84 anos	1					
	≥ 85 anos	3					
AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE Em geral, comparado com pessoas de sua idade, você diria que a sua saúde é:	Excelente	0					
	Muito boa	0					
	Boa	0					
	Razoável	1					
	Péssima	1					
LIMITAÇÃO FÍSICA Qual é o grau de dificuldade, em média, que você apresenta para realizar a seguinte atividade física:	Inclinar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	a	b	c	d	e	Máximo 2 pontos
	Levantar ou carregar objetos com peso igual ou superior a 4,5kg	a	b	c	d	e	
	Alcançar ou estender os braços acima dos ombros	a	b	c	d	e	
	Escrever ou manipular e segurar pequenos objetos	a	b	c	d	e	
	Caminhar 400 metros	a	b	c	d	e	
	Realizar trabalhos domésticos pesados como esfregar o chão ou limpar as janelas	a	b	c	d	e	
	Não apresenta nenhuma dificuldade (pontuação: 0) Apresenta um pouco de dificuldade (pontuação: 0) Apresenta dificuldade (pontuação: 0) Apresenta muita dificuldade (pontuação: 1 ponto) Incapaz (pontuação: 1 ponto)						
INCAPACIDADES (04 pontos para uma ou mais respostas positivas) Como consequência de problemas de saúde ou de sua condição física, você tem alguma dificuldade para:	1. Comprar itens pessoais, como produtos de perfumaria ou medicamentos?					Máximo 4 pontos	
	Sim	Necessita de ajuda para comprar?			Sim		
	Não faz mais	Por causa de sua saúde?			Sim		
	Não						
	2. Controlar as finanças, como as despesas da casa ou pagar as contas?						
	Sim	Necessita de ajuda para controlar as finanças?			Sim		
	Não faz mais	Por causa de sua saúde?			Sim		
	Não						
	3. Caminhar pelo quarto, mesmo com uso de bengala ou andador?						
	Sim	Necessita de ajuda para caminhar?			Sim		
	Não faz mais	Por causa de sua saúde?			Sim		
	Não						
	4. Realizar trabalhos domésticos leves, como lavar pratos, organizar a casa ou limpeza leve?						
	Sim	Necessita de ajuda para trabalhos domésticos leves?			Sim		
	Não faz mais	Por causa de sua saúde?			Sim		
Não							
5. Tomar banho?							
Sim	Necessita de ajuda para tomar banho?			Sim			
Não faz mais	Por causa de sua saúde?			Sim			
Não							

Fonte: SESA/PR, 2014.

A Estratificação de Risco e Grau de Fragilidade da Saúde do Idoso recebe os escores obtidos com aplicação do VES-13 (QUADRO 8).

O instrumento apresenta o risco e o grau de vulnerabilidade do idoso.

O VES-13 é um questionário composto por 13 itens, de fácil aplicação e duração média de 4 a 5 minutos, pode ser respondido pelo paciente ou pelos familiares/cuidadores.

Quadro 8 - Estratificação de Risco e Grau de Fragilidade da Saúde do Idoso

Estratificação de Risco da Saúde do Idoso, de acordo com VES-13		
Risco	Grau de fragilidade	VES-13
Baixo	Idoso Robusto	≤ 2
Médio	Idoso em Fragilização	3 a 6
Alto	Idoso Frágil	≥7

Fonte: SESA-PR, 2014.

Cada item recebe uma pontuação individual e o somatório pode variar entre zero e 10. Inicialmente o VES-13 classifica os idosos em dois grupos: **Vulneráveis (VES-13 ≥ 3); Não Vulneráveis (VES-13 <3).**

O aumento na pontuação obtida com a aplicação do VES - 13 tem relação linear com o risco de declínio funcional e óbito, de forma que o acréscimo de cada ponto no VES - 13 aumenta o risco de morte e de declínio funcional em 1,37 vezes (IC 1,25 a 1,50).

Para fins operacionais, a estratificação de risco e grau de fragilidade da saúde do idoso, de acordo com escores obtidos com aplicação do VES - 13, considera, além do grupo dos idosos robustos (VES-13 ≤ 2), dois subgrupos de idosos vulneráveis: **risco moderado ou em risco de fragilização (3 a 6 pontos); risco elevado ou frágil (≥ 7 pontos).**

O VES-13 deve ser aplicado a todos os idosos residentes na área de abrangência da UBS pela equipe, os resultados registrados serão analisados que classificará o risco de vulnerabilidade e definirá a prioridade para avaliação multidimensional na UBS, procedendo ao agendamento das consultas. **Deverão ter prioridade para seguir com a confirmação da estratificação e primeira etapa da avaliação multidimensional na UBS, os idosos com escore alto no VES-13.**

5. PROCESSO DE TRABALHO

A coordenação do cuidado deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nos locais e comunidades em que vivem essas populações.

As pessoas que venham a ser acolhidas em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) devem ser referenciadas às equipes da APS, mesmo que sigam assistidas por serviços especializados. A sistematização das informações obtidas por meio da avaliação multidimensional contribui para a coordenação da RAS, ao possibilitar a identificação de características de saúde das pessoas idosas do território e o compartilhamento de informações do atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

Para a organização e planejamento da atenção à saúde da pessoa idosa, considerando a imensa diversidade de condições e de capacidades funcionais dos indivíduos, é necessária a realização da avaliação multidimensional, que permite identificar as necessidades de saúde e estratificar a população idosa.

A estratificação da população idosa é útil tanto para a organização de ações de saúde dirigidas ao coletivo, contemplando as necessidades gerais dos diferentes perfis da população, como para identificar e planejar intervenções específicas, voltadas a cada sujeito singular.

O olhar “macro” permite a estruturação de políticas públicas amplas, ofertando cuidados gerais e coletivos. Por outro lado, o olhar “micro” leva à identificação das condições e necessidades de cada sujeito, em sua singularidade, permitindo a construção de projetos terapêuticos específicos. O olhar para cada indivíduo permite identificar sinais de alerta de situações que demandam intervenções oportunas a fim de se evitar ou minimizar as possibilidades de declínio ou perda funcional.

Dessa forma, o primeiro passo para identificar as necessidades de saúde da população idosa é o reconhecimento, o cadastramento e o acolhimento da população adscrita aos territórios de responsabilidade sanitária de cada equipe da APS. As equipes de Saúde da Família (eSF), os ACS, as equipes dos NASF, assim como equipes dos Consultórios na Rua (CnaR) e das UBS convencionais, devem realizar o mapeamento da comunidade e das suas necessidades de saúde, reconhecendo o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e a estrutura da RAS existente no seu território.

As atividades da vida diária (AVD) são tarefas cotidianas no ambiente onde se vive, sejam nos domicílios ou fora deles, e tarefas de cuidado com o próprio corpo. As perdas mais ou menos aceleradas da capacidade funcional dependerão da gravidade das ocorrências e das intervenções de cuidado. As condições e necessidades apresentadas pelas pessoas idosas podem mudar rapidamente, indicando a importância do cuidado oportuno e integral, para evitar o declínio e perdas funcionais.

A abordagem à pessoa idosa, portanto, não se restringe a uma ação relacionada a uma doença, ou grupo de doenças e agravos. A atenção às pessoas idosas considera, principalmente, a limitação funcional, e o nível de dependência familiar e/ou de outros cuidadores para o exercício de suas atividades de vida.

Uma vez realizada a avaliação multidimensional da população idosa do território, teremos um panorama dos perfis dos indivíduos da comunidade, de acordo com sua capacidade funcional.

5.1 Atribuição dos Profissionais da Equipe

As atribuições dos profissionais da equipe mínima e ampliada da APS estão descritas no (QUADRO 9).

Quadro 9 - Atribuições dos profissionais da APS na Atenção ao Idoso

<p>AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar busca ativa por meio da visita domiciliar; - Identificar e cadastrar todos os idosos do território; - Observar risco de quedas no domicílio utilizando protocolo específico; - Informar sobre os serviços e oferecer orientações preventivas.
<p>AUXILIAR DE ENFERMAGEM (AE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar busca ativa por meio da visita domiciliar; - Acolher e vincular o idoso na UBS; - Identificar e cadastrar todos os idosos do território; - Aplicar o instrumento VES-13; - Observar risco de quedas no domicílio utilizando protocolo específico; - Alimentar bancos de dados, sob supervisão, do enfermeiro.
<p>ENFERMEIRO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar ACS e AE na aplicação e avaliação do VES-13; - Agendar consulta na UBS de acordo com prioridade definida pelo VES-13; - Definir programação local; - Elaborar agenda para atendimento dos idosos de acordo com risco definido - Realizar Consulta de Enfermagem; - Encaminhar idosos para nível secundário de atenção, quando indicado pela Equipe interdisciplinar; - Alimentar bancos de dados; - Participar da AMIAB e elaboração do plano de cuidados; - Avaliar e monitorar indicadores.
<p>MÉDICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar Consulta Médica, solicitar exames, prescrever medicamentos; - Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; - Coordenar equipe multiprofissional no desenvolvimento da avaliação; - Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
<p>FISIOTERAPEUTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ações de reabilitação física; - Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; - Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.

PSICÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ações necessárias ao suporte emocional dos idosos e cuidadores formais ou familiares; - Realizar reabilitação cognitiva; - Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; - Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
NUTRICIONISTA	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar orientação nutricional; - Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; - Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
ASSISTENTE SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar idosos e familiares nas suas necessidades; - Realizar encaminhamentos para a área social; - Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; - Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados
TERAPEUTA OCUPACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar idosos em suas necessidades de adaptação individuais; - Apoiar ACS e AE na avaliação domiciliar do risco de quedas; - Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; - Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
ODONTÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar Consulta, orientações e procedimentos odontológicos; - Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; - Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
FARMACÊUTICO	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar a assistência farmacêutica em todos seus aspectos; - Oferecer suporte ao médico para a conciliação de medicamentos; - Orientar os idosos para o uso correto das medicações; - Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
FONOAUDIÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar aspectos relacionados à comunicação no que tange à audição e voz; - Trabalhar aspectos relacionados à deglutição; - Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.

Fonte: BRASIL, 2006b.

5.2 Ações nos Serviços de Saúde

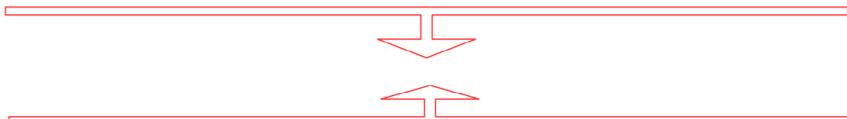
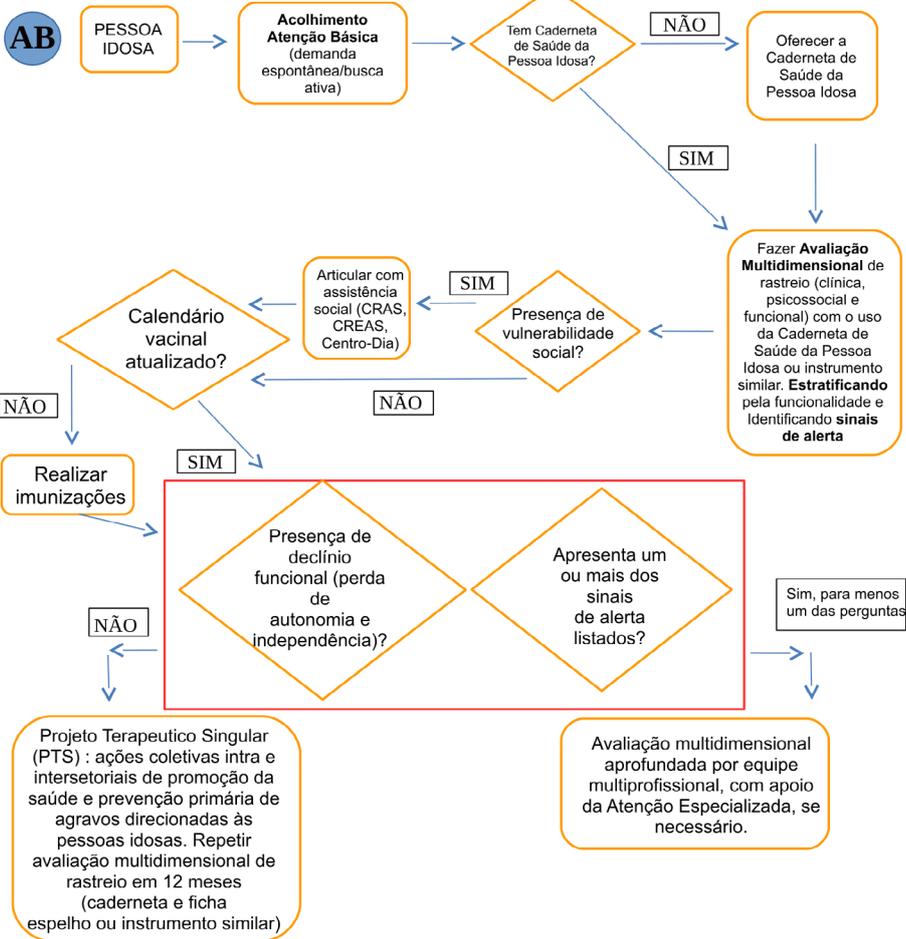
Inicialmente os serviços de saúde têm que cadastrar e avaliar os idosos da sua área de abrangência quanto as incapacidades funcionais, as limitações físicas, cognitivas e sensoriais, as condições de fragilidade, fazendo com que o serviço tenha uma atenção diferenciada nas ações de promoção, prevenção, tratamento, e nas ações relacionadas a dimensão micro (relativas ao processo de trabalho das equipes de saúde), conforme indicado no Quadro 10.

Quadro 10 - Detalhamento das ações nos serviços de saúde

Ações de Promoção, Prevenção, Tratamento
<ul style="list-style-type: none">- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;- Orientação sobre alimentação;- Incentivo e orientação à prática corporal e atividade física;- Atividade em grupo (caminhada, verificação da Pressão Arterial (PA), glicemia capilar, etc);- Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado e do autocuidado do idoso;- Avaliação e orientação em saúde bucal;- Orientação sobre menopausa e andropausa;- Planejamento e a implementação das ações necessárias, para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso;- Vacinação de acordo com o calendário de imunização.
Ações Relacionadas à Dimensão Micro (relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde)
<ul style="list-style-type: none">- Implantação do fluxograma Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa (Figura 7);- Avaliação multidimensional da pessoa idosa pelos profissionais de nível superior na atenção primária, utilizando a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para realizar a avaliação multidimensional (aspectos funcionais, biológicos, sociais, culturais e ambientais), que permitirá a identificação dos idosos vulneráveis;- Avaliação da funcionalidade da pessoa idosa pelo uso do VES-13;- Investigação do suporte familiar e social;- Orientação sobre os direitos da pessoa idosa;- Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores;- Atividades de Educação Permanente referentes à atenção à pessoa idosa e ao envelhecimento saudável;- Alimentação dos sistemas de informação em saúde e análise dos dados para planejar, programar e avaliar as ações relativas a pessoa idosa.- Prescrição de intervenções preventivas indicadas ou contraindicar quando os malefícios superarem os benefícios ou quando a relação custo-benefício das intervenções não for apropriada, independentemente da motivação do atendimento.

A figura 7 apresenta um fluxograma de Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa proposta pelo Ministério da Saúde a ser implantado.

Figura 7 - Fluxograma de Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa.



Apresenta um ou mais sinais de alerta, mas com autonomia e independência preservadas.	Pessoas Idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as AVDs	Pessoas Idosas dependentes de terceiros para realizar as AVDs
<p>PTS: inclui ações coletivas e individuais de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento, direcionadas a resolução dos problemas apresentados e/ou controle de doenças crônicas apresentadas (prevenção). Repetir avaliação multidimensional de rastreio em até 6 meses (caderneta e ficha espelho)</p>	<p>PTS: inclui ações de prevenção secundária, terciária e quaternária, tratamento, reabilitação e oferta de apoios e tecnologias assistivas, direcionados à recuperação e/ou compensação da funcionalidade comprometida.</p> <p>Apoio ao cuidado no domicílio, com incentivo à adaptação do ambiente físico e supervisão dos cuidadores, realizando ao menos uma visita domiciliar por mês. Repetir avaliação multidimensional em 6 meses</p>	<p>PTS: inclui ações de prevenção secundária, terciária (reabilitação) e quaternária, tratamento, direcionados à recuperação e/ou compensação da funcionalidade comprometida ou melhora da qualidade de vida, cuidados paliativos. Realizar cuidado no domicílio e apoio aos cuidadores, de acordo com a necessidade individual e contexto familiar, realizando ao menos uma visita domiciliar por semana. Repetir avaliação multidimensional em 6 meses</p>
<p>Intersetorialidade: Articulação com CRAS para atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, ações de fortalecimento de vínculos e convivência familiar e comunitária, prevenção do isolamento social, apoio a situações de vulnerabilidade ou risco social, participação dos idosos em centros de convivência.</p>	<p>Intersetorialidade: Articulação com assistência social para viabilizar participação dos idosos em Centros de Convivência ou Centros-Dia, conforme a necessidade da pessoa idosa, apoio em situações de vulnerabilidade ou risco social</p>	<p>Intersetorialidade: Articulação com Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, desenvolvido pelos CRAS e Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, desenvolvido pelas equipes dos CREAS, Centros-Dia ou Unidades Referenciadas, para realização do cuidado no domicílio e apoio em situações de vulnerabilidade ou risco social.</p>

Além das ações apresentadas acima, cabe ainda à gestão ações de ordem político-administrativas, relacionadas à dimensão macro. De forma a garantir às pessoas idosas:

- Acesso preferencial e contínuo à atenção em saúde em todos os níveis de cuidado;
- Profissionais de saúde para a atenção e capacitação permanente destes;
- UBS com infraestrutura interna e externa com condições de acessibilidade, seguindo os critérios técnicos da Norma Técnica 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT/NT 9050);
- Ações que promovam o envelhecimento saudável, prevenção da perda de capacidade funcional e a redução das morbidades;
- Mecanismo de gestão para redução do tempo de espera pelo atendimento;
- Atendimento de acordo com protocolo pactuado em âmbito municipal;
- Monitoramento e avaliação do atendimento realizado;
- Atendimento em Linha de Cuidado;
- Próteses dentárias devido à alta prevalência de perda total ou parcial dos dentes (edentulismo) em idosos, que produz efeitos significativos na saúde bucal e na qualidade de vida;
- Espaços colegiados de decisão intrasetorial e intersetorial, para organização dos processos de trabalho e articulação da rede, a exemplo de comitês de gestores locais, conselhos de saúde, conselhos de idosos, com a representação das principais instâncias decisórias;
- Articulação com os outros setores das políticas públicas (segurança, educação, saneamento, assistência social, direitos humanos, previdência, cultura, infraestrutura e transporte) e a própria comunidade, para que juntos assumam o compromisso com a busca de qualidade de vida no processo de envelhecimento.

5.2.1 Ações Relacionadas a Sinais de Violência contra Pessoas Idosas

De acordo, com o Estatuto do Idoso, artigo nº 4º “Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”. Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde:

- Identificação de sinais de violência (afetiva, social, física, psicológica, sexual, econômica, institucional, abandono e negligência);
- Notificação compulsória de casos de violência (suspeita ou confirmada);
- Comunicação dos casos de violência para o Conselho de Diretos do Idoso ou para o Ministério Público e orientações sobre a prevenção da violência;
- Divulgação dos canais de denúncia Disque 100 (denúncia anônima) e Disque 181 (polícia civil catarinense).
- Encaminhamento dos idosos em situação de violência na rede intra (dentro do setor da saúde) e intersetorial (fora do setor da saúde) de acordo com a necessidade.

5.2.2 Ações Relacionadas à Prescrição de Medicamentos para Idosos

Outro aspecto importante refere-se aos medicamentos. Na prescrição de medicamentos às pessoas idosas, os profissionais de saúde devem ter claro o objetivo dessa indicação, fazer um planejamento para o tratamento e monitorar os resultados. É importante observar que é preciso:

- Iniciar tratamento com medidas não farmacológicas, sempre que possível;
- Conhecer todos os medicamentos em uso, inclusive os prescritos por outro profissional ou usado sem prescrição médica;
- Ao prescrever um medicamento, ter em mente o tempo durante o qual ele será necessário e como e quando deverá ser suspenso;
- Ajustar a dose com base na tolerabilidade e resposta ao tratamento;
- Usar o menor número possível de fármacos e esquemas posológicos simplificados;
- Oferecer instruções verbais e escritas, com letra legível ou impressas;
- Certifica-se de que as instruções foram compreendidas;
- Avaliar as dificuldades para adesão;
- Considerar a possibilidade de os medicamentos, em uso, serem causa de sintomas novos, antes de iniciar outra droga;
- Considerar que o objetivo do tratamento é a pessoa, e não a doença;

- Respeitar as preferências e possibilidades da pessoa idosa;
- Revisar regularmente o esquema terapêutico, buscando identificar drogas que já não são necessárias, ou que podem ter a dose reduzida;
- Prescrever medicamentos oferecidos pelo SUS, o que possibilita não interromper o tratamento prescrito;

5.2.3 Ações Relacionadas à Desprescrição de Medicamentos

Tão importante, quanto o uso apropriado de fármacos é a tomada de decisão para a redução de doses, substituição ou suspensão quando necessário. A desprescrição é o processo sistemático de identificar e suspender drogas quando o risco potencial de prejuízo supera os benefícios que ela possa trazer, considerando os objetivos individuais do cuidado, o nível de funcionalidade, a expectativa de vida e os valores e preferências do paciente.

Elenca-se como ações efetivas de desprescrição:

- Revisar criteriosamente a prescrição, com o objetivo de identificar drogas inapropriadas para as pessoas idosas, passíveis de serem retiradas;
- Avaliar a desprescrição na polifarmácia, presença de reação adversa, falta de eficácia e mudanças nos objetivos do tratamento (que podem ocorrer nas doenças terminais, demência e fragilidade avançadas);
- Revisar todos os medicamentos utilizados, avaliar o estado físico e comportamental da pessoa idosa, e o contexto familiar;
- Avaliar adesão ao tratamento medicamentoso, interações e reação adversa a medicamentos;
- Revisar metas de atenção e objetivos do tratamento medicamentoso, relacionando expectativa de vida e o tempo necessário para obtenção do benefício esperado com o tratamento;
- Iniciar a desprescrição dos fármacos inapropriados, que causam prejuízos mais graves, seguindo com os medicamentos utilizados para prevenção, tratamento específico de enfermidades, de sintomas específicos ou de uso paliativo;
- Pactuar expectativas, crenças e preferências da pessoa idosa, adaptando a prescrição medicamentosa, às suas reais possibilidades;
- Verificar e monitorar as respostas ao tratamento, avaliar a adesão à desprescrição, detectar ressurgimento dos sintomas ou agravamento da doença de base;

Destaca-se que quando a desprescrição é realizada de forma progressiva, sob supervisão atenta, reações adversas de retirada são raras.

5.2.4 Ações Relacionadas ao Agendamento das Consultas de Acompanhamento

As pessoas idosas classificadas como em risco de fragilização e frágeis deverão ser submetidas, a avaliação multidimensional na APS e ter seu plano de cuidados elaborado. Para os idosos classificados como robustos, a equipe deve seguir no modelo tradicional de cuidado, respeitando as particularidades deste segmento populacional.

Devem ser seguidos os parâmetros mínimos: uma consulta anual para os idosos robustos; duas consultas anuais para os idosos em risco de fragilidade e três consultas anuais para os idosos frágeis.

5.2.5 Ações Relacionadas ao Encaminhamento para a Atenção Secundária

Idosos classificados como frágeis deverão ser encaminhados à Atenção Secundária - Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) de acordo com a necessidade.

Todos os idosos encaminhados deverão portar o plano de cuidados em execução na APS.

Após avaliação interdisciplinar, a atenção secundária definirá quais idosos seguirão acompanhamento naquele nível de atenção e quais retornarão à APS.

As intervenções relacionadas à prevenção primária e secundária apresentam um impacto progressivamente menor, à medida que ocorre a redução da vitalidade. Dessa forma, tais medidas devem ser reavaliadas nos idosos frágeis, independentemente da idade. Quanto mais frágil for o indivíduo, menor é a probabilidade de melhoria da qualidade de vida, com as intervenções preventivas do tipo rastreamento e quimioprevenção. Nesses casos, a prevenção terciária e, principalmente, a quaternária deve prevalecer. Este é um aspecto de fundamental importância, a ser considerado na elaboração do plano de cuidados para idosos frágeis, a fim de se prevenir a iatrogenia provocada por intervenções que podem ser fúteis, como é o caso do rastreamento e tratamento para dislipidemia em idosos longevos.

Nesta situação, as evidências são inconclusivas e é necessário pesar cuidadosamente a expectativa de vida, os objetivos do cuidado e os efeitos colaterais potenciais da terapia, pois se sabe que são necessários cerca de 3 a 5 anos de tratamento, para se obter os benefícios da intervenção. Assim, para indivíduos com expectativa de vida menor, o rastreamento provavelmente causará mais danos que benefícios.

Essa multiplicidade de ações exige a participação integrada da enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, dentre outros, dependendo de cada caso, e pressupõe a identificação de objetivos e a organização de ações praticadas dentro de um cronograma viável para as necessidades do paciente e a realidade do serviço.

Outro aspecto fundamental do Plano de Cuidados é a fase de implementação, que depende da rede de atenção à saúde existente. A continuidade ou coordenação do cuidado é

particularmente importante no idoso frágil, que, muitas vezes, utiliza vários serviços e profissionais de forma desarticulada e fragmentada, aumentando o custo do tratamento e o risco de iatrogenia.

5.3 Cuidados Prolongados

A organização das Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) é uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e APS. A UCP, inclusive atua na atenção domiciliar, prévia ao retorno do idoso clinicamente estável ao domicílio (BRASIL, 2017e).

Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. Têm como objetivo a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia e/ou independência potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Sendo assim, o cuidado definido para essas unidades hospitalares atende às pessoas idosas que necessitam recuperar ou reabilitar a capacidade, de forma mais intensiva, durante ou após internação ou procedimento hospitalar realizado, para que possam retornar ao domicílio e aos cuidados da equipe da APS e/ou da atenção domiciliar de forma mais segura. As pessoas idosas que já apresentam declínio funcional em curso ou estabelecido são potencialmente as maiores beneficiárias dos cuidados prolongados, considerando o seu grau de fragilidade, o que pode demorar no processo de recuperação.

5.4 Cuidados Paliativos

Outra questão importante, na gestão do cuidado é a oferta de Cuidados Paliativos, que devem ser iniciados a partir do diagnóstico de qualquer doença que ameace a continuidade da vida, associados ou não à terapia curativa. Podem se tornar a prioridade da assistência na fase avançada de evolução de uma doença incurável ou, ainda, tornar-se o foco exclusivo do cuidado na fase final de vida ou durante o processo ativo de morte.

Para tal, o cuidado deve ser adaptado às necessidades dos pacientes e suas famílias, acompanhando a progressão da doença até sua eventual fase final. E pode continuar após a morte do paciente por meio do apoio às famílias em seu processo de luto.

Para alcançar maior eficácia, a oferta de Cuidados Paliativos deve ser integrada ao sistema de saúde em todos os níveis de atenção, especialmente nos serviços de APS e domiciliares, como também devem ser adaptados à realidade cultural, social, econômica e ambiental de cada região. Faz-se necessário ainda que se mantenham estrategicamente vinculados aos serviços de prevenção, detecção precoce e tratamento das doenças nas diferentes fases da vida.

Quando a prática da atenção paliativa, focada nas necessidades do cuidado ao paciente é ofertada desde o diagnóstico de uma doença grave ou ameaçadora da vida, pode-se investir

para melhorar sua qualidade de vida e sua capacidade de lidar com a situação de maneira mais adaptativa (BRASIL, 2018).

Um ponto importante é a superação da visão de que “não há mais nada a fazer”, para a pessoa que se encontra em fase de final de vida. Ao invés disso, entende-se que, nessas situações, o foco do cuidado, precisa ser alterado. No contexto de terminalidade deve-se primar pelo controle dos sintomas e pelo investimento em cuidados que tragam bem estar, qualidade de vida e dignidade para a pessoa idosa e sua família nessa fase da vida, por meio de uma abordagem multidisciplinar, que inclui as dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais do ser humano, respeitando as características individuais de cada pessoa.

Para tal, recomenda-se que os Cuidados Paliativos sejam integrados ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) (FIGURA 8) desde o diagnóstico, o qual deverá ser construído de forma conjunta com a pessoa e, se possível, incluindo seus familiares e cuidadores, os quais são fundamentais nesse processo, e também necessitam de atenção especial, para lidarem com a deterioração e possibilidade de perda de um ente querido.



Fonte: Brasil, 2018

Essa visão enfatiza que o Cuidado Paliativo não é um diagnóstico, não é uma fase da vida, tampouco é sinônimo de cuidado de fim de vida. Os Cuidados Paliativos consistem em abordagens, que promovem a qualidade de vida de pessoas, nos diferentes ciclos de vida, e de seus familiares, quando enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento, dado a outros problemas de natureza física, psicológica, social e espiritual.

De forma abrangente, os Cuidados Paliativos podem ser oferecidos por qualquer profissional capacitado, concomitante ou não ao cuidado paliativo especializado, o qual é oferecido por especialistas na área (BRASIL, 2018).

As pessoas idosas em Cuidados Paliativos necessitam de cuidado amplo, para o alívio de sintomas de dor, fadiga, fraqueza, além de educação para auxiliá-los na habilidade de ganho de independência funcional e qualidade de vida.

6. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

A atenção as pessoas idosas é, necessariamente, intersetorial, uma vez que o setor saúde é apenas um dos aspectos que compõem o cuidado, considerando a necessidade de ações em todos os campos que promovam e protejam o envelhecimento saudável. Algumas questões, notoriamente implicadas na autonomia e na qualidade de vida das pessoas idosas, apontam a necessidade de uma relação mais estreita dos serviços de saúde com os serviços socioassistenciais, vinculados ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para viabilizar o acesso aos cuidados de longa duração às **tecnologias assistivas**, à reabilitação profissional e a benefícios previdenciários e socioassistenciais.



Segundo o Comitê de Ajudas Técnicas (CAT), estabelecido pelo Decreto nº 5.296/2004: **Tecnologia Assistiva** é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.

Além disso, a integralidade do cuidado indica, em muitos casos, a necessidade de planejamento e ação conjunta com as políticas de Educação, Trabalho, Previdência Social, a Assistência Social, Direitos Humanos, Habitação, Transporte, Cultura, viabilizando a proteção dos direitos, bem como o acesso à moradia, à mobilidade urbana, à cultura, ao lazer, dentre outros.

No nível local, a gestão deve articular as equipes e os equipamentos da saúde, com os demais dispositivos do território, estabelecendo um fluxo permanente de informações com todos os serviços disponíveis, no município e região de saúde. É importante, que essa articulação seja dialógica e implique em responsabilização mútua, para a rede de cuidados e de proteção integral às pessoas idosas em cada território.

A articulação intersetorial parte da concepção de trabalho conjunto, dialógico e articulado entre os equipamentos/serviços de saúde e aqueles pertencentes às mais variadas políticas públicas, e de proteção social, que tenham interface com as questões da população idosa.

No âmbito do acompanhamento individual, diante de situações de vulnerabilidade e/ou risco social, é fundamental a discussão de casos específicos em conjunto com as equipes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para construção do PTS, com o objetivo de avaliar e abarcar as necessidades do indivíduo de forma integral.

De maneira geral, a articulação intersetorial local, se define a partir da análise e da interpretação dos dados socioeconômicos e epidemiológicos, do contexto das pessoas idosas, das famílias e dos territórios. Nesse sentido, as informações coletadas por meio da avaliação

multidimensional de cada pessoa idosa, registradas e sistematizadas em meio físico ou eletrônico, juntamente com outros dados do território, organizados a partir de outras fontes locais e de outras políticas setoriais, podem dar a direção dos fluxos nos territórios e dos compromissos intersetoriais a serem incluídos no planejamento e desenvolvimento de ações conjuntas, assim como dos processos de monitoramento dos PTS e dos encaminhamentos que transitam pela RAS e pela rede intersetorial.

A qualidade da articulação intersetorial depende de diálogo, planejamento e construção conjunta das políticas/programas/ações, tanto no âmbito das equipes dos territórios quanto no plano da gestão das políticas setoriais, esfera em que são tomadas as decisões nos municípios. É necessário, que os gestores definam os fluxos e instituem um espaço de gestão para a articulação entre as políticas, para que as equipes se sintam respaldadas e cumpram seu papel nos territórios.

6.1 Articulação com o Sistema de Justiça e Direitos Humanos

O Estatuto do Idoso regula os direitos assegurados às pessoas idosas. Além do direito à proteção integral garantido a todos os cidadãos, o Estatuto prevê para as pessoas idosas, proteção integral e direitos específicos. As instâncias do sistema de Justiça e de Direitos Humanos que atuam com tais especificidades são: Ministério Público, Defensoria Pública e Delegacias de Atendimento e Proteção à Pessoa Idosa e Delegacias comuns (são responsáveis por investigar denúncias e infrações penais cometidas contra as pessoas idosas).

Saiba mais

Para melhor entender esses direitos leia o **Estatuto do Idoso** acessando o link:

<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03>

6.2 Articulação com a Educação

A educação tem um papel fundamental para o exercício da cidadania e desenvolvimento humano de pessoas de qualquer idade. Para as pessoas idosas, em específico, ter a oportunidade de aprender a ler e escrever, participar de espaços culturais e de aprendizado, universidade, espaços culturais e de formação, ou mesmo, aprender um novo ofício ou profissão são fundamentais para a promoção de qualidade de vida. Além da garantia de um direito fundamental previsto do Estatuto do Idoso (art. nº 20), a promoção de espaços e acesso à educação para as pessoas idosas contribuem com a proteção integral e a potencialização de redes de apoio e cuidados.

6.3 Articulação com a Sociedade Civil Organizada

A sociedade civil organizada também compõe um importante ponto de referência da rede intersetorial, para a promoção da proteção e cuidado integral às pessoas idosas. Destaca-se o espaço de participação promovido pelos conselhos de defesa dos direitos da pessoa idosa.

Trata-se de órgãos paritários, formados por representantes do governo e sociedade civil, que podem desempenhar importante papel de proposição, deliberação e avaliação de políticas públicas, voltadas para a população idosa. Sua natureza deliberativa significa que o colegiado tem autoridade e competência para intervir, formular, propor alterações, acompanhar políticas públicas e ações privadas destinadas ao atendimento da pessoa idosa.

Os conselhos também podem incentivar e propor junto às autoridades competentes, a criação dos fundos especiais da pessoa idosa em sua instância político-administrativa.

Saiba mais

Para conhecer todos os dispositivos da Lei nº 8.842/1994 que trata da Política Nacional do Idoso acesse o link: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/110060/politica-nacional-do-idoso-lei-8842-94>

6.4 Articulação com o Esporte e Lazer

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) preconiza o estabelecimento de parceria permanente para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas, destinadas às pessoas idosas, visando à promoção do envelhecimento saudável.

6.5 Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

Pode ser necessário lançar mão de recursos intersetoriais, como os do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), seja da Proteção Social Básica (PSB) ou da Proteção Social Especial (PSE), tanto para o planejamento de ações coletivas de inclusão social e de incentivo à convivência familiar e comunitária, quanto para a discussão de casos específicos e construção do PTS para a pessoa idosa (BRASIL, 2018).

O CRAS uma unidade pública estatal, descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios.

Dada sua capilaridade nos territórios, se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social.

6.6 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)

Unidade pública estatal de gestão municipal, ou de gestão estadual, quando da oferta regionalizada dos serviços de média complexidade. O CREAS é o locus de referência da oferta de trabalho social especializado no SUAS, às famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos.

No que se refere à alta complexidade em assistência social, são ofertados os serviços de acolhimento. O atendimento humanizado, das pessoas idosas institucionalizadas, requer uma estreita articulação entre o SUS e o SUAS. Desse modo, os órgãos gestores dessas duas políticas são orientados a desenvolver estratégias conjuntas e a elaborar protocolos de atenção integral à saúde das pessoas idosas, que se encontram em Serviços de Acolhimento.

As **instituições de acolhimento** são moradias que fazem parte do território e, portanto, são de responsabilidade das equipes da APS e da atenção domiciliar, o reconhecimento e o acompanhamento em saúde dos seus residentes

Instituições de acolhimento: República, Casa Lar, Centros Dia e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (LPIs) e qualquer outro serviço de institucionalização total. Deve ser a última possibilidade, devendo o idoso preferencialmente estar inserido dentro de sua comunidade e residir em seu domicílio.

Entende-se que a integração dos serviços socioassistenciais de Proteção Social Especializada com os serviços da saúde é uma importante estratégia para o cuidado e promoção de qualidade de vida de idosos frágeis e em vulnerabilidade social, contribuindo para a manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional.

7. INDICADORES DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO

Nessa sessão apresentam-se alguns indicadores que podem orientar para análise da situação da população idosa.

7.1 Demográficos

O índice de envelhecimento da população é definido pela razão entre os componentes etários extremos da população, representados pelo número de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, para cada 100 indivíduos menores de 15 anos de idade. Valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado.

a - Índice de envelhecimento da população;

b - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade em SC;

c - População de 60 anos ou mais residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado;

d - Percentual de idosos de 85 anos ou mais, em relação à população idosa total, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado;

e - Proporção de domicílios com moradores idosos de 60 anos ou mais, cadastrados numa UBS, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

7.2 Ambientais, Socioeconômicos e Familiar

a - Proporção de idosos em situação de pobreza;

7.3 Processo de Trabalho

a - Proporção de pessoas idosas com avaliação multidimensional, realizada em relação ao número de idosos cadastrados na APS;

b - Proporção de PTS, elaborados em relação ao número de idosos, acompanhados pelas Equipes da APS;

c - Proporção de equipe de Atenção Básica (eAB) e de equipe de Saúde da Família (eSF), capacitadas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, em relação ao número de equipes existentes na APS;

d - Proporção de pessoas idosas com dependência para AVD (básicas e instrumentais), acompanhadas em seu domicílio pelas equipes da APS (Atenção Básica (AD1) ou equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe da Atenção Básica (eAB)), em relação ao total de pessoas idosas cadastradas com dependência para AVD;

e - Proporção de pessoas idosas em reabilitação funcional sobre o total de idosos com dependência para as AVD (básicas e instrumentais);

f - Participações de pessoas idosas em atividades coletivas/grupais de promoção da saúde e prevenção de agravos realizadas pelas equipes da APS;

g - Proporção de idosos que utilizam cinco ou mais medicamentos (polifarmácia) acompanhados pelas equipes da APS;

h - Percentual de idosos de 60 anos ou mais, vacinados contra gripe, em determinado espaço geográfico, no ano considerado;

I – Fornecimento de prótese dentária para população acima de 60 anos.

7.4 Morbidade

Os indicadores de morbidade possibilitam a identificação do risco de ocorrência de doenças, por determinadas causas. Eles contribuem nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, bem como nas ações de prevenção e assistência.

a - Taxa de internação por grupos de causas;

b - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária da Saúde (ICSAP), da população de idosos com 60 anos ou mais;

c - Taxa de internações hospitalares pelo SUS por fratura de fêmur em pessoas acima de 60 anos.

7.5 Mortalidade

a - Taxa de mortalidade por grupos de causas e idade;

b – Taxa de mortalidade por grupo de causas evitáveis e idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa:** no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018. 95p.

_____. _____. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 2, de 28 de setembro de 2017 – Anexo XII.** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. _____. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 3, de 20 de setembro de 2017 – Anexo I.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. _____. **Proteger e cuidar da saúde do adolescente na atenção básica.** Brasília (DF): 2017c. 235p.

_____. _____. **Caderneta de saúde da pessoa idosa.** 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. 61p

_____. _____. **Atenção especializada e hospitalar:** Cuidados prolongados. 2017e. Publicado 30 junho 2017, atualizado 30 agosto 2017. Disponível:<<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/cuidados-prolongados>>. Acesso em 14/09/2018.

_____. _____. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 – Anexo XXIII.** Política nacional de atenção básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. _____. **Metas e indicadores para composição da parte II do contrato organizativo de ação pública.** Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Administrativa, 2012. 85p.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, 2012. 101p. (Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar, v.1).

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção primária nº 29:** rastreamento – volume II, Brasília (DF): 2012a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Orientações Técnicas:** centro de referência especializado de assistência social. Brasília (DF): MDS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011. 154p.

_____. _____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b. 60p.

_____. _____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, 2006. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. (Pactos pela Saúde, v.12). Brasília (DF): 2006.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília (DF): 2006. 192p.

_____. _____. **Portaria GM/MS nº 2528, de 19 de Outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 08 de julho de 2018.

_____. **Presidência da República. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília (DF): Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. 24 p.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. Acesso em: 08 de julho de 2018.

DANTAS, Gabriela Cabral da Silva. **Envelhecimento**. Brasil Escola. 2018. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/saude/envelhecimento.htm>>. Acesso em: 16 out. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Sistema de indicadores de saúde e acompanhamento de políticas do idoso – SISAP-Idoso**. Disponível em: <<https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: em: 16 outubro 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2016. 108p.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua – PNAD contínua**. 2012: Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em 16 outubro 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 12 maio 2018.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; MALTA, D. C.; et al. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (pesquisa nacional de saúde, 2013). **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 51, n. Supl, pp. 1-9s, 2017.

LINO, VTS, et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária no SUS**. Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Os modelos de atenção à saúde**. "In: Mendes, E. V.". Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011. P. 209-291.

MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília (DF) Organização Pan-Americana, 2012.

MORAES, E. M. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 102p.

MORAES, Edgar Nunes de; AZEVEDO, Raquel Souza. **Fundamentos do cuidado ao idoso frágil**. Belo Horizonte (MG): Editora Folium, 2016. 412p.

MORAES, Edgar Nunes de; Moraes Flávia Lanna. **Avaliação multidimensional do idoso**. 5 ed. Belo Horizonte (MG): Editora Folium, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Brasília (DF): Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2003. 86p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tema do dia mundial da saúde de 2017, depressão é debatido por especialistas em evento na OPAS/OMS**. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5391:tema-do-dia-mundial-da-saude-de-2017-depressao-e-debatida-por-especialistas-em-evento-na-opas-oms&Itemid=839>. Acesso em:14/09/2018

_____. **Relatório global da OMS sobre a Prevenção das quedas na velhice.** São Paulo (SP): Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2010. 64p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Informe Mundial sobre El Envejecimiento Y La Salud.** Genebra: OMS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília (DF): 2005. 60p.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Enfrentamento da obesidade no cenário atual.** 2017. 27 lâminas. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/alimentacao-e-nutricao/encontro-de-atualizacao-das-acoes-de-alimentacao-e/11902-enfrentamento-da-obesidade-no-cenario-atual/file>>. Acesso em: 14/09/2018

_____. Plano estadual da saúde (2016-2019). 2016. 263p. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/10409-plano-estadual-de-saude-2016-2019/file>>. Acesso em: 21/09/2018

SANTA CATARINA, Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina. **Lei nº 16.592, de 19 de janeiro de 2015.** Altera a Lei nº 11.436, de 2000, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e adota outras providências. Disponível em: <http://leis.ale.sc.gov.br/html/2015/16592_2015_Lei.html>. Acesso em: 28/09/2018

SANTA CATARINA, Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina. **Lei nº 11.436, de 07 de junho de 2000.** Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e adota outras providências. Disponível em: <http://leis.ale.sc.gov.br/html/2000/11436_2000_Lei.html>. Acesso em: 12/10/2018

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia da Saúde do Idoso.** 2017. 150p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguia_idoso.pdf>. Acesso em: 17/10/2018

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Oficina do APSUS: Saúde do idoso na atenção primária de saúde.** 2014. 36p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apsus_cadero9_1208_14_alta.pdf>. Acesso em: 16/10/2018

SOARES, F. D. S.; ROLIM, M. P. S.; LUCENA, E. V.; et al. Características dos atendimentos de idosos realizados em casos de urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar em Saúde,** Cajazeiras, v. 3, n. 1, 129-147, 2016.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CATARINA, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte. **Escala de Depressão Geriátrica (EDG).** s./d. Disponível em: <http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/gds.pdf>. Acesso em: 18/10/2018