

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  
2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

**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  
2018



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas  
Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa  
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Anexo, 4º andar, Ala B Espaço Único  
CEP 70058-900 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-6226 / 3315-9138  
Site: [portalmis.saude.gov.br/idoso](http://portalmis.saude.gov.br/idoso)  
E-mail: [idoso@saude.gov.br](mailto:idoso@saude.gov.br)

*Elaboração e organização:*

Ana Lúcia Ferraz Amstalden – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Elizabeth Ana Bonavigo – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Mária Cristina Correa Lopes Hoffmann – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS

*Colaboração:*

Andrea Da Costa Aita – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Ângela Pinto dos Santos – Coordenação-Geral de Atenção Especializada/DAET/SAS/MS  
Camila Tiome Baba – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Eliana Bandeira – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais  
Helena Cerveira Lopes – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Iane Andrade Neves – Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar/DAHU/SAS/MS  
João Bastos Freire Neto – Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza/CE  
João Paulo da Silva e Silva – Secretaria de Estado de Saúde do Acre  
Julia de Albuquerque Pacheco – Coordenação-Geral de Urgência e Emergência/DAHU/SAS/MS  
Juliana Gonçalves Aguiar – Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar/DAHU/SAS/MS  
Karla Cristina Giacomini – Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte  
Karla Lisboa Ramos – Organização Pan-Americana da Saúde Opas/OMS  
Larissa de Freitas Oliveira – Secretaria de Saúde do Distrito Federal  
Leonardo Cançado Monteiro Savassi – Universidade Federal de Ouro Preto  
Leonardo Cavalheiro – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Leslie Gomes Leite – Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar/DAHU/SAS/MS  
Lucélia Silva Nicos – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Marco Polo Dias Freitas – Hospital Universitário de Brasília/Universidade de Brasília/UnB  
Mária Luíza Ferreira – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Mariana Borges Dias – Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAHU/SAS/MS  
Mariana Silva – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Miriam Di Giovanni – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS

Natalia Vargas Patrocínio de Campos – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Nubiara Coelho Alves Braga – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS  
Olavo de Moura Fontoura – Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS  
Patrícia Barbará Dias – Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS  
Priscilla da Silva Lunardelli – Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul  
Sergio Marcio Pacheco Paschoal – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo  
Thiago Frank – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre  
Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS

*Apoio administrativo:*

COSAPI/DAPES/MS  
Divina Gomes D'Abadia Costa  
Izonete Oliveira dos Santos

*Editora responsável:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Site: <http://editora.saude.gov.br>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Editora MS/CGDI  
Revisão: Khamila Silva  
Capa, projeto gráfico e diagramação: Renato Carvalho

O documento com as "Orientações Técnicas para a Elaboração e Implantação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Pessoa Idosa no SUS" foi elaborado pela equipe da Coordenação Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em parceria com profissionais especialistas nas áreas de Geriatria e Gerontologia e de Medicina de Família, além de envolver diversas áreas do Ministério da Saúde, com participação ativa e contribuições do Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas e Departamento de Atenção Especializada e Temática.

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.  
91 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf)>.  
ISBN 978-85-334-2648-1

1. Atenção Integral à Saúde do Idoso. 2. Orientação. 3. Sistema Único de Saúde (SUS) I. Título.

CDU 613.98

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0254

*Título para indexação:*

Guidelines for the Implementation of the Line of Care for Comprehensive Healthcare of Older People on the Unified Health System



## AGRADECIMENTO

Agradecemos aos colaboradores que disponibilizaram seu tempo para as várias discussões do grupo de trabalho e para as muitas leituras das versões do texto. Agradecemos também a todas as pessoas que generosamente contribuíram com a construção do documento por meio da Consulta Pública, realizada no período de 13 a 28 de novembro de 2017. Os múltiplos olhares dos especialistas em saúde da pessoa idosa e dos que atuam nos diferentes dispositivos da rede de saúde e das redes parceiras colaboraram para um processo participativo e abrangente em prol da qualificação da atenção à saúde das pessoas idosas no SUS.

# LISTA DE SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
- ABVD** – Atividades Básicas da Vida Diária
- AD** – Atenção Domiciliar
- AIVD** – Atividades Instrumentais da Vida Diária
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- AVD** – Atividades da Vida Diária
- BPC** – Benefício de Prestação Continuada
- Centro Pop** – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
- CER** – Centro Especializado de Reabilitação
- CnaR** – Consultório na Rua
- COSAPI** – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/Ministério da Saúde
- Cras** – Centro de Referência de Assistência Social
- Creas** – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- DAB** – Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde
- DAPES** – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Ministério da Saúde
- DAHU** – Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência /Ministério da Saúde
- DF** – Distrito Federal
- eAB** – equipe de Atenção Básica
- EJA** – Educação de Jovens e Adultos
- Emad** – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
- Emap** – Equipe Multiprofissional de Apoio
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- eSF** – equipe de Saúde da Família
- HCP** – Hospitais de Cuidados Prolongados
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ILPI** – Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas  
**Loas** – Lei Orgânica de Assistência Social  
**MDS** – Ministério do Desenvolvimento Social  
**MS** – Ministério da Saúde  
**Nasf-AB** – Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica  
**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**Opas** – Organização Pan-Americana da Saúde  
**Pnad** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
**Paefi** – Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos  
**Paif** – Proteção e Atendimento Integral à Família  
**PNPIC** – Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares  
**PNH** – Política Nacional de Humanização  
**PNS** – Pesquisa Nacional de Saúde  
**PNSPI** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa  
**PSB** – Proteção Social Básica  
**PSE** – Proteção Social Especial  
**PTS** – Projeto Terapêutico Singular  
**Raps** – Rede de Atenção Psicossocial  
**RAS** – Rede de Atenção à Saúde  
**RUE** – Rede de Atenção às Urgências e Emergências  
**SAD** – Serviço de Atenção Domiciliar  
**Samu 192** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
**SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde  
**Suas** – Sistema Único de Assistência Social  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**UCP** – Unidades de Cuidados Prolongados  
**UPA 24h** – Unidade de Pronto Atendimento

# SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>2</b>     | <b>A TRANSIÇÃO DO PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO<br/>BRASILEIRO: O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E OS<br/>DESAFIOS AO SISTEMA DE SAÚDE</b> ..... | <b>12</b> |
| <b>3</b>     | <b>A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL:<br/>ESTRUTURANTE DO CUIDADO PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL</b> .....   | <b>19</b> |
| <b>3.1</b>   | <b>CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA COMO<br/>FERRAMENTA PARA A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL</b> .....   | <b>27</b> |
| <b>3.2</b>   | <b>PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR A PARTIR DA<br/>AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL</b> .....  | <b>29</b> |
| <b>4</b>     | <b>COMO IMPLEMENTAR A LINHA DE CUIDADO À SAÚDE INTEGRAL<br/>DA PESSOA IDOSA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS</b> .....                              | <b>34</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>ESTRATIFICAÇÃO DOS PERFIS DE FUNCIONALIDADE PARA FINS DO CUIDADO</b> ...   | <b>37</b> |
| <b>4.1.1</b> | Perfil 1 – Pessoas idosas independentes e autônomas<br>para realizar as atividades da vida diária .....   | 37        |
| <b>4.1.2</b> | Perfil 2 – Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou<br>supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária.....                | 38        |
| <b>4.1.3</b> | Perfil 3 – Pessoas idosas dependentes de<br>terceiros para realizar as atividades da vida diária .....  | 39        |
| <b>4.2</b>   | <b>SINAIS DE ALERTA QUE PODEM COMPROMETER A CAPACIDADE FUNCIONAL</b> ....   | <b>40</b> |
| <b>4.3</b>   | <b>COMPETÊNCIAS DOS DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS E<br/>ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL</b> .....                           | <b>42</b> |
| <b>4.3.1</b> | Atenção Básica .....  | 42        |
| <b>4.3.2</b> | Atenção Domiciliar (AD).....  | 54        |
| <b>4.3.3</b> | Atenção especializada ambulatorial e hospitalar .....   | 56        |
| <b>4.3.4</b> | Atenção às urgências e emergências.....   | 57        |
| <b>4.3.5</b> | Cuidados Prolongados .....  | 59        |
| <b>4.3.6</b> | Cuidados Paliativos .....   | 59        |
| <b>4.3.7</b> | A articulação intersetorial.....  | 61        |
| <b>5</b>     | <b>AÇÕES NECESSÁRIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO<br/>DA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA RAS</b> .....  | <b>69</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>72</b> |
|              | <b>GLOSSÁRIO</b> .....  | <b>79</b> |
|              | <b>ANEXO – AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL/<br/>CADERNETA SAÚDE DA PESSOA IDOSA</b> .....  | <b>89</b> |



---

**1**

---

# **INTRODUÇÃO**



Este documento visa apresentar orientações técnicas aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para nortear a construção e a implementação de uma linha de cuidados para a atenção integral à saúde das pessoas idosas na **Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. A identificação das necessidades de saúde da pessoa idosa, considerando sua capacidade funcional, e dos recursos existentes em cada território são aqui apresentados como os eixos estruturantes do cuidado integral.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI; BRASIL, 2017a) estabelece como meta a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera a **condição de funcionalidade<sup>1</sup> como um importante indicador de saúde** desta população. A PNSPI tem por finalidade primordial promover, manter e recuperar a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

No documento “Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral” (BRASIL, 2014a), o Ministério da Saúde reafirma a PNSPI e estabelece os principais conceitos e orientações nacionais a serem considerados pelo conjunto de ações, programas e serviços dirigidos à atenção integral à saúde das pessoas idosas. São eles: o trabalho em rede; a integração entre os diferentes pontos de atenção; a identificação dos pontos de atenção estratégicos na Atenção Básica<sup>2</sup> e na especializada e a importância da articulação intersetorial.

No entanto, no que pesem as normativas e as diretrizes já publicadas, muitos desafios permanecem. Apesar de alguns avanços, as pessoas idosas e suas especificidades permanecem muitas vezes invisibilizadas, provocando a perda de oportunidades para intervenções sociais e sanitárias adequadas e a sobrecarga dos serviços de saúde especializados, em especial das urgências e emergências, com agravos muitas vezes evitáveis. A prática do cuidado no sistema de saúde permanece fragmentada, com

<sup>1</sup> Os conceitos de funcionalidade e capacidade funcional serão amplamente descritos e debatidos ao longo deste texto. No entanto, para fins de rápida compreensão, podemos dizer que a funcionalidade reflete o nível de autonomia e independência para a realização das atividades da vida diária. Por refletir diretamente as condições para a realização de atividades de sobrevivência e autopreservação, a funcionalidade é um bom indicador da saúde da pessoa idosa.

<sup>2</sup> Neste documento os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são utilizados como equivalentes, tal como definido no Art. 1º, Parágrafo Único, da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2 /2017 – Anexo XXII: “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde – APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento”.

dificuldades para organizar as ações de modo a beneficiar a saúde integral, considerando as especificidades da pessoa idosa.

Contribuem para esse cenário, a escassez de equipes multiprofissionais com conhecimento necessário em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; a insuficiência de estruturas de cuidado intermediário e de serviços de cuidado domiciliar; a existência de profunda desigualdade social, étnico-racial e de gênero; bem como o maior ou menor acesso à rede de atenção à saúde. Esses fatores também contribuem para a maior heterogeneidade do processo de envelhecimento e, conseqüentemente, do segmento idoso brasileiro. Tal cenário impacta diretamente o sistema de saúde, trazendo demandas diferenciadas que exigem respostas mais efetivas para os indivíduos e para a sociedade.

Em consonância com a PNSPI e buscando superar os desafios que permanecem, a linha de cuidado configura-se como um modo de organizar estrategicamente a atenção integral e longitudinal à saúde da pessoa idosa na RAS, tendo a atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde. A linha estabelece um percurso longitudinal, ou seja, ao longo do tempo, para o cuidado integral nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde, desde a atenção básica à especializada, e promove a articulação e integração de ações com as demais políticas públicas. O seu desenho prevê possíveis itinerários do usuário pela RAS, de acordo com as suas necessidades de saúde e sua capacidade funcional. 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, os equipamentos e pontos de cultura, os esportes, o lazer e a educação, entre outros, necessários à integralidade do cuidado e à construção da intersetorialidade.

Caberá aos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal garantir a atenção às pessoas idosas em seu território. Para tanto, a implantação da linha de cuidado na RAS, junto às equipes de saúde, pressupõe:

1. Conhecer, reconhecer, monitorar, acompanhar e avaliar as necessidades de saúde das pessoas idosas, considerando sua capacidade funcional e a heterogeneidade dos processos de envelhecimento.
2. Estabelecer o percurso da atenção de acordo com as necessidades identificadas, diferentes perfis de funcionalidade e condições de saúde da pessoa idosa.

3. Definir as funções, responsabilidades e competências de cada nível de atenção na produção do cuidado à pessoa idosa.
4. Estabelecer normas e fluxos entre os níveis e pontos de atenção, no que diz respeito ao acesso e cuidado ofertado às pessoas idosas.
5. 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.
6. Promover a educação permanente dos profissionais da RAS e estabelecer parcerias com outros setores para a realização de educação permanente das redes intersetoriais, quanto ao processo de envelhecimento e de cuidado da população assistida.

O documento apresenta no **segundo capítulo** um breve panorama do envelhecimento da população brasileira e o processo de transição demográfica e epidemiológica, que gera desafios ao sistema de saúde. A população está vivendo mais, mas não necessariamente com saúde e qualidade de vida. Assim, a heterogeneidade dos processos de envelhecimento e as diferentes necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas idosas devem nortear a organização do cuidado por parte dos gestores e equipes de saúde.

O **terceiro capítulo** apresenta o conceito de **envelhecimento saudável** da Organização Mundial da Saúde (OMS) como meta a ser alcançada pelas políticas públicas e a **avaliação integral da saúde da pessoa idosa**, considerando as múltiplas dimensões que a afetam, como estruturante do cuidado, definidora dos projetos terapêuticos singulares (PTS) e das ações coletivas nos territórios.

O **quarto capítulo** traz as orientações técnicas para a operacionalização das diretrizes da atenção integral à saúde da pessoa idosa, segundo os diferentes perfis de funcionalidade: pessoas idosas independentes e autônomas para realizar as atividades da vida diária; pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária; pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades da vida diária. A estratificação de três diferentes perfis de funcionalidade organiza as ações a serem desenvolvidas em cada nível de atenção da RAS e por meio da articulação intersetorial.

O **quinto capítulo** apresenta o que será necessário garantir para implementar a linha de cuidado na RAS, tanto na dimensão da organização da gestão, quanto das equipes de saúde, como educação permanente, criação de espaço colegiado de decisão e organização dos processos de trabalho na rede e em cada ponto de atenção, criação de espaços de articulação intersetorial etc.

Por fim, é importante ressaltar que o presente documento se alinha aos princípios e objetivos da Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde para o período de 2016 a 2020, uma ação coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelos Estados-Membros e parceiros nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). As orientações para a implementação da linha de cuidado à saúde das pessoas idosas no SUS partem dos mesmos princípios de respeito e promoção dos direitos humanos, equidade, não discriminação – particularmente a discriminação baseada na idade – igualdade de gênero e solidariedade intergeracional.

Cabe ainda apontar que a organização e a devida implantação da linha de cuidado de atenção integral à saúde da pessoa idosa vai ao encontro da **Agenda ONU 2030**, com o compromisso internacional de realizar ações para o **Desenvolvimento Sustentável**, contemplando, em especial o Objetivo 3: *Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.*

---

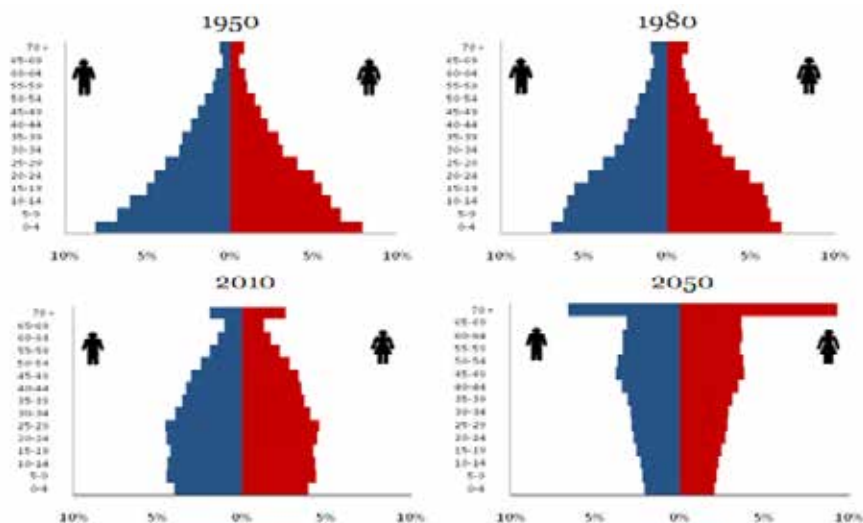
# 2

---

## **A TRANSIÇÃO DO PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO BRASILEIRO: O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E OS DESAFIOS AO SISTEMA DE SAÚDE**

O Brasil passa por um rápido e intenso processo de envelhecimento da sua população. De acordo com dados do IBGE, a expectativa de vida ao nascer dos brasileiros tem aumentado progressivamente e, em 2016, alcançou uma média de 75,72 anos. Em torno de 29 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais, o que equivale a 14,3% da população total (IBGE, 2015) e as projeções apontam que, em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em cerca de 2,28 milhões. Em 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto as crianças, 14%.

**Figura 1 – Brasil: um século de mudanças na estrutura etária da população 1950-2050**



Fonte: IBGE (2008).

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 e doença pulmonar obstrutiva, entre 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 realizar as 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 implicam, necessariamente, dependência para a realização das suas atividades da vida diária, ou dependência funcional.



A visão estereotipada da velhice pode levar à discriminação contra indivíduos ou grupos simplesmente com base em sua idade, condição designada de “discriminação etária”. Um exemplo desse tipo de discriminação é a visão de que todas as pessoas idosas são dependentes ou representam um fardo para a família, para a sociedade e para o Estado. Essa é uma visão equivocada, que não corresponde à realidade. Embora existam pessoas idosas com diferentes graus de dependência de terceiros para a realização de suas atividades, há uma enorme parcela de indivíduos dessa população com suas capacidades preservadas e com grande participação na vida social, comunitária, política e cidadã.

Parte da diversidade observada entre as pessoas com idade mais avançada deve-se à herança genética. Porém, majoritariamente, tal diversidade deve-se a ambientes físicos e sociais, os quais podem afetar diretamente a saúde, impondo barreiras ou apresentando incentivos que influenciam as capacidades, as oportunidades, as decisões e os comportamentos dos indivíduos. Além disso, questões socioeconômicas e culturais, incluindo a família, o gênero e a identidade étnico-racial influenciam o processo de envelhecimento de cada um. Dessa forma, não existe idoso “típico”, nem processo de envelhecimento igual para todos.

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 ou instrumentais da vida diária<sup>3</sup> (LIMA-COSTA et. al, 2017). As **atividades da vida diária (AVD)** são tarefas cotidianas no ambiente onde vivemos, sejam nos domicílios ou fora deles, e tarefas de cuidado com o próprio corpo. As AVD são subdivididas em:

- **Atividades instrumentais da vida diária (AIVD):** envolvem habilidades para administrar o ambiente e aspectos relacionados à gerência da vida, que também se relacionam com a integração da pessoa na comunidade. São consideradas atividades como administrar as próprias finanças, fazer compras, usar o telefone, tomar medicamentos na hora e dose corretos, sair de casa sozinho, utilizar vários tipos de transporte e outras atividades que demandam atuação familiar, social e na comunidade.

<sup>3</sup> Nessa análise, foram consideradas seis atividades básicas da vida diária (alimentar-se, tomar banho, usar o toalete, vestir-se, andar em casa de um cômodo a outro no mesmo andar, deitar-se/levantar-se da cama) e quatro atividades instrumentais (fazer compras, administrar as próprias finanças, tomar remédio sozinho e sair de casa sozinho utilizando transporte).



- **Atividades básicas de vida diária (ABVD):** envolvem os cuidados diários com o próprio corpo, como tomar banho, fazer a higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, usar o vaso sanitário e ter o controle de fezes e urina (controle esfinteriano).

Além dessas, também compõem as atividades da vida diária: fazer e receber visitas; participar de atividades culturais, de recreação e de lazer; dirigir; viajar; fazer trabalhos voluntários ou remunerados; participar de atividades da vida comunitária e cidadã (reuniões, organizações, associações e grupos sociais).

A perda de capacidade para a realização de atividades fundamentais para a vida diária indica um processo de declínio funcional. O declínio funcional guarda certa hierarquia: primeiramente a pessoa apresenta dificuldades para realizar as atividades mais complexas para, depois, experimentar dificuldades na realização das atividades mais básicas da vida diária.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013):

- 6,8% das pessoas idosas possuíam limitação funcional<sup>4</sup> para realizar, sozinhas, as **ABVD**, como comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo ao outro, deitar-se.
- 17,3% dos idosos possuíam limitação funcional para realizar, sozinhas, as **AIVD**, como fazer compras, cuidar do seu próprio dinheiro, tomar seus medicamentos e utilizar transporte (ônibus, metrô, táxi ou carro).

Entre a condição de autonomia e independência preservadas e a condição de total dependência para a realização das AVD, existe um espectro variado de condições de saúde e de capacidades funcionais. E mesmo uma pessoa idosa com autonomia e independência preservadas pode tê-las comprometidas e experimentar declínios importantes a partir de eventos como quedas, infecções, descompensação de doenças crônicas, surgimento de doenças agudas, entre outras. 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

<sup>4</sup> Como limitação funcional foi considerada a condição de não conseguir ou ter grande dificuldade para realizar a atividade relacionada.

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 de familiares ou de outros cuidadores para o exercício de suas atividades de vida.

A maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, as multimorbidades, a dinâmica das condições de independência e autonomia, as limitações funcionais, implicam uma perspectiva de cuidado de longa duração, a qual traz para os sistemas de saúde – público e de assistência suplementar – demandas crescentes por procedimentos de média e alta complexidade, por serviços de reabilitação e de internação.

A revisão e a reorganização do conjunto das políticas públicas, tendo em vista as ações em prol do envelhecimento saudável, devem ser consideradas com urgência e com o máximo de atenção pelos gestores das três esferas de governo. Nesse sentido, é fundamental intervir e investir não apenas na preparação do sistema de saúde para atender às demandas da população idosa, mas, também, nos cenários de pobreza e desigualdade social, de moradia, transporte e mobilidade urbana, acesso universal de qualidade a serviços e ações de saúde, proteção social e garantia dos direitos humanos, bem como na promoção da educação, do esporte, lazer e cultura. A desatenção ou a falta de intervenções oportunas nesse cenário ocasionarão sérios estrangulamentos dos sistemas de saúde, com a desassistência da população e a falência dos dispositivos disponíveis.

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.

Os sistemas de saúde que utilizam “tecnologias duras” como insumos principais, tais como os recursos tecnológicos centrados em procedimentos, exames e medicamentos, focados apenas no cuidado clínico, produzem custos elevados e crescentes. Além disso, a oferta sem critérios, descoordenada e fragmentada de cuidados reduz a eficácia da assistência prestada e, via de regra, utiliza mal os recursos

disponíveis, gerando procedimentos e custos desnecessários. A mesma falta de coordenação do cuidado pode provocar iatrogenias, ou seja, uma piora no quadro de saúde da pessoa por intervenções inadequadas ou desnecessárias ou, ainda, pela ausência de intervenções oportunas em situações de risco para a pessoa.

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), além de produzir articulações e sinergias com as demais redes de serviços e dispositivos que afetam as condições de saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas (as chamadas redes intersetoriais), visando à coordenação do cuidado, redução de custos e otimização de recursos em todo o sistema.



---

# 3

---

## **A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL: ESTRUTURANTE DO CUIDADO PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) afirma que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Uma implicação importante dessa definição é o **conceito ampliado de saúde**, que engloba outras dimensões do ser humano para além da dimensão biológica ou biomédica. Múltiplos fatores genéticos, psicológicos, sociais, étnico-raciais, de gênero, culturais e econômicos, entre outros, impactam as condições físicas e mentais das pessoas ao longo da vida, interferindo na forma como se relacionam com o seu ambiente físico e social.

O *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde* (OMS, 2015), define o **envelhecimento saudável** como “o processo de **desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional** que permite o bem-estar na idade avançada”. A **capacidade funcional**, por sua vez, 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.

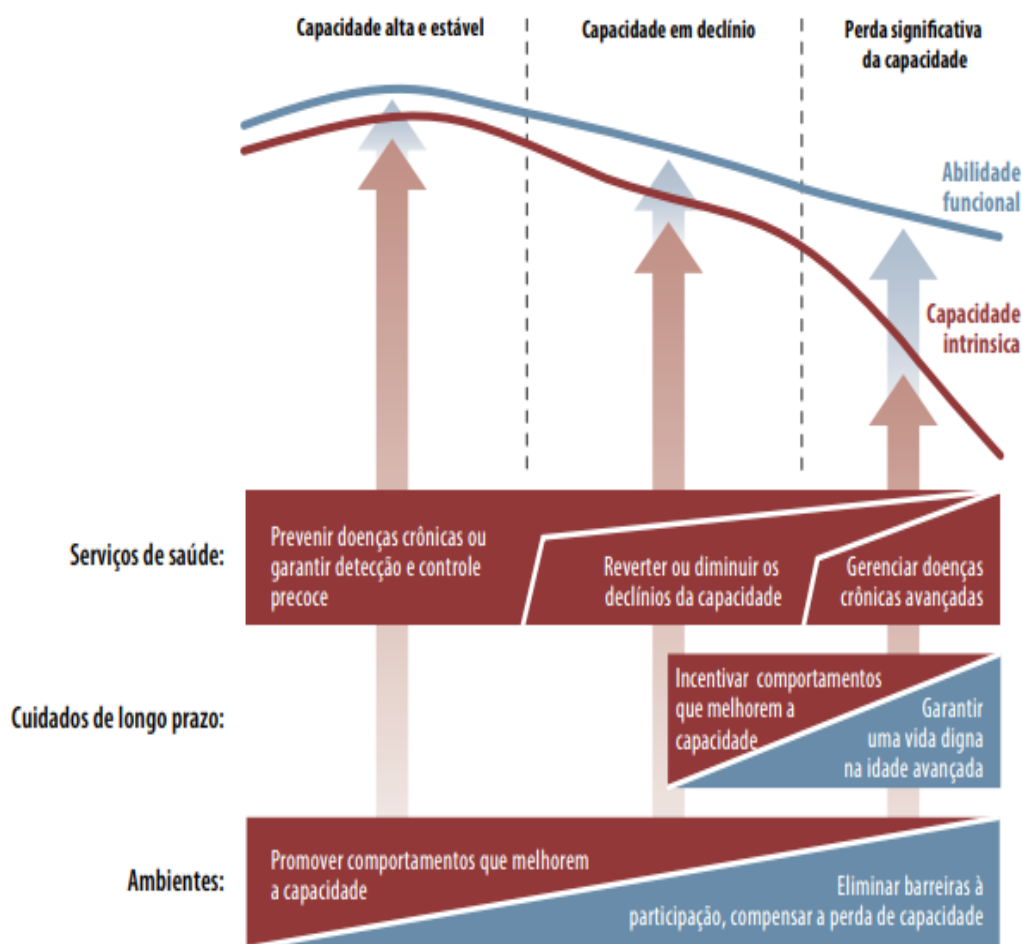
Aproximadamente 25% da capacidade intrínseca, ou seja, dos recursos físicos e mentais das pessoas, na velhice se explica pelos fatores genéticos e 75% se deve em grande parte aos efeitos acumulados dos hábitos da pessoa e aos fatores ambientais a que foi exposta; isto é, há um forte impacto dos determinantes sociais no funcionamento da pessoa na velhice (OMS, 2015).

A concepção ampliada de saúde e envelhecimento, ou o **envelhecimento saudável**, que toma a **capacidade funcional como medida de bem-estar físico, mental e social**, é a meta a ser alcançada não apenas pelo setor Saúde isoladamente, mas pelo conjunto das políticas públicas. As ações e as intervenções de saúde e das demais políticas públicas devem ser planejadas, organizadas e implementadas de modo que possibilitem às pessoas alongarem o máximo possível a sua **independência e autonomia**, podendo cuidar de si mesmas e realizar atividades consideradas importantes para sua sobrevivência, em trajetórias positivas de envelhecimento, considerando os múltiplos aspectos que as afetam.

O quadro a seguir, apresentado pela OMS, mostra oportunidades de intervenção no contexto da saúde pública, visando ao envelhecimento saudável, de acordo com as capacidades intrínseca e funcional de cada pessoa. A OMS afirma que,

dada a heterogeneidade nas trajetórias das pessoas no processo de envelhecimento, as intervenções em saúde devem ser adaptadas às pessoas idosas e seus níveis de capacidade funcional, sendo que para cada nível devem-se dar distintas respostas.

**Figura 2 – Um quadro de saúde pública para o envelhecimento saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida**



Fonte: OMS. Relatório Envelhecimento e Saúde (2015).

Para pessoas idosas que apresentam capacidade funcional alta e estável, devem-se trabalhar as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, tais como: promoção de hábitos de alimentação saudáveis; incentivo à realização de atividades físicas; controle do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, medicamentos e outras drogas; promoção de atividades coletivas de socialização; prevenção de doenças transmissíveis (como as infecções sexualmente transmissíveis – IST e as doenças pneumocócicas); prevenção e controle de doenças não transmissíveis (como diabetes e hipertensão). Além disso, práticas integrativas e complementares, como a yoga, meditação e acupuntura, entre outras, que oferecem diferentes recursos terapêuticos da medicina tradicional e complementar/alternativa, ajudam no bem-estar físico, emocional e social das pessoas idosas, pois estimulam o autoconhecimento, a autonomia e a relação saudável com a sua fase de vida.

Essas ações visam preservar a funcionalidade, buscando evitar a ocorrência de agravos ou o estabelecimento de condições crônicas que possam provocar declínio ou comprometer a autonomia e independência das pessoas. Àqueles indivíduos que já apresentam algum declínio funcional, é necessário ofertar cuidados que revertam, diminuam ou retardem ao máximo possível a continuidade desse curso. Para tanto, além de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e de doenças, incentivando comportamentos que melhorem as capacidades intrínseca e funcional, são necessárias ações de tratamento, reabilitação e controle estrito de condições crônicas estabelecidas. Além disso, situações agudas que demandem serviços de urgência e emergência ou internação hospitalar, devem ser acompanhadas muito proximamente, em especial no regresso ao lar, pós-alta, para prevenir o agravamento do declínio funcional e do quadro geral de saúde.

Por fim, àqueles que apresentam perdas significativas de capacidades, tornando-se dependentes para as ABVD, cabe gerenciar condições crônicas já agravadas, bem como garantir a vida digna, ofertando cuidados de longa duração, inclusive acompanhamento domiciliar, reabilitação, cuidados paliativos, suporte a familiares e a outros cuidadores.

Para os casos em que há declínio ou perda de capacidades, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas que busquem eliminar as barreiras à participação das pessoas idosas e compensar a perda de capacidade, proporcionando as adaptações e supervisões necessárias, seja por meio de tecnologias assistivas ou apoio de terceiros.

A oferta de cuidado deve se dar ao longo do tempo e não de forma pontual, envolvendo pessoas próximas ao sujeito que possam colaborar, sejam familiares ou pessoas da comunidade. Também deve respeitar o desejo e as possibilidades de cada sujeito a quem o cuidado seja ofertado, construindo em conjunto com a pessoa idosa e, sempre que necessário, com seus familiares e cuidadores, as alternativas tanto de promoção da saúde e prevenção, quanto de tratamento e reabilitação, quando for o caso.

Para destinar abordagens adequadas a cada um desses estratos da população idosa, em cada ponto de atenção da RAS, deve-se adotar uma **compreensão multidimensional** para **avaliar e identificar** as necessidades e especificidades de cada pessoa idosa, do ponto de vista **clínico, psicossocial e funcional**. Essa avaliação direciona as intervenções adequadas e o caminho a percorrer junto à RAS e/ou junto às redes intersetoriais – redes de assistência social, de proteção aos direitos básicos, de convivência, de lazer, esporte, cultura, educação, habitação, trabalho e renda etc., visando suprir lacunas e buscando a manutenção e/ou recuperação da independência e autonomia possíveis para melhor qualidade de vida no processo de envelhecimento.

A avaliação que considera múltiplas dimensões, ou seja, a **avaliação multidimensional estrutura e organiza o cuidado às pessoas idosas**. Em outras palavras, a avaliação multidimensional permite a compreensão ampliada e integral do estado de saúde de um determinado indivíduo, buscando identificar e intervir nas áreas mais comprometidas e que podem afetar sua funcionalidade. Doenças agudas ou crônicas, agravos como quedas e outros acidentes, questões relativas a processos psicológicos/subjetivos ou, ainda, situações sociais, econômicas e culturais podem trazer limitações para o exercício da autonomia e/ou independência. Tal avaliação permite o direcionamento de intervenções oportunas, que respondam às reais necessidades de cada pessoa, o que possibilita prognósticos mais favoráveis em sua trajetória de envelhecimento.

Na avaliação multidimensional, a **dimensão clínica** considera o histórico de saúde-doença por meio de uma anamnese ampliada e centrada no idoso, e o exame físico tradicional, buscando identificar a presença de agravos (quedas, hematomas, fraturas etc.), doenças crônicas e agudas, as intervenções médicas já sofridas ao longo da vida, hábitos, antecedentes familiares, a quantidade e os tipos de medicamentos utilizados. O



exame clínico permite avaliar o estado geral de saúde do indivíduo, identificando sinais, sintomas e comprometimentos da saúde e da qualidade de vida das pessoas.

A **dimensão psicossocial** enfatiza os aspectos relacionados à cognição, à memória, ao humor, aos comportamentos e à saúde mental de forma geral, atentando tanto para situações de sofrimento psíquico quanto de transtornos mentais estabelecidos. Além disso, a avaliação psicossocial compreende o entendimento da dinâmica familiar, do suporte familiar e social, de questões econômicas, culturais, ambientais, étnico-raciais, de gênero, por tratar de aspectos que frequentemente interferem nas condições de saúde das pessoas. É sabido, por exemplo, que o nível instrucional e o grau de escolaridade influenciam e determinam vários indicadores de saúde, de modo que a baixa escolaridade impacta negativamente nos prognósticos relacionados à saúde.



O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas e o humor tem uma função indispensável para a preservação da autonomia do indivíduo, sendo essencial para a realização das atividades de vida diária. Depressão e ansiedade são os principais transtornos de humor que trazem importantes impactos para a saúde e para a capacidade funcional nas idades avançadas, além de serem importantes fatores de risco para o suicídio.

Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), apontam que as mortes relacionadas ao suicídio, no período de 2011 a 2016, foram prevalentes entre pessoas com mais de 70 anos (taxa de 8,9/100 mil habitantes). Vários fatores estão associados ao risco de suicídio. Para as pessoas idosas, em especial, a maioria dos estudos (MINAYO; CAVALCANTE, 2015) mostram a forte presença da depressão, de outros distúrbios psiquiátricos, de doenças degenerativas que causam dependência ou sofrimentos físicos insuportáveis, perda da autonomia, isolamento/solidão, falta de suporte social e inatividade combinados com outros fatores como baixa autoestima, abuso de bebidas alcoólicas, vivência em ambiente familiar conflituoso, entre outros.

O sofrimento psíquico e os transtornos mentais podem tanto estar ligados a causas endógenas, sendo resultados de processos fisiológicos, como também podem estar relacionados ao isolamento, a perdas próximas significativas ou ao fato de estar submetido a situações de violência, insegurança ou exploração econômica e privação de direitos básicos, como ir e vir e fazer suas próprias escolhas, por imposições de familiares e/ou outros cuidadores. Sobre esse aspecto, também é fundamental avaliar o estresse e risco de adoecimento de cuidadores, que pode representar fator de risco para violência contra a pessoa idosa.

Ainda na avaliação psicossocial, é fundamental avaliar sinais de comprometimento cognitivo, da comunicação, da memória e alterações comportamentais, uma vez que podem ser indicativos da presença de demências. Obviamente, o diagnóstico correto depende de uma avaliação aprofundada, uma vez que “demência” é um termo genérico que se refere a várias enfermidades, em sua maioria progressivas, que afetam a memória e outras capacidades cognitivas e comportamentais, interferindo na capacidade das pessoas de realizarem suas atividades diárias. A doença de Alzheimer é uma das formas frequentes de demência, no entanto, existem outras formas comuns como a demência vascular, a demência de corpos de Lewy e a demência frontotemporal. No Brasil,

encontrou-se uma maior proporção de demência do tipo vascular, quando comparado a dados de outros países (SUEMOTO et al., 2009).

Estudos apontam alguns fatores relacionados ao modo de vida que vinculam a demência a outras doenças não transmissíveis e agravos, como a inatividade física, obesidade, dietas desequilibradas, tabagismo, consumo nocivo do álcool, diabetes *mellitus* e hipertensão. Outros fatores de risco potencialmente modificáveis relacionados com a demência são a depressão em pessoas mais velhas, nível de instrução baixo, isolamento social, inatividade cognitiva. A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência entre idosos e tem forte impacto nas pessoas, seus familiares e cuidadores.

A **dimensão funcional** considera de forma objetiva se uma pessoa é capaz ou não de realizar atividades da vida diária, utilizando diferentes habilidades, de modo a avaliar se consegue desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si (como tomar banho, alimentar-se, vestir-se etc...), interagir com sua família, com seu ambiente físico, com as pessoas de sua comunidade e transitar por seu território. Esta dimensão busca averiguar o grau de dificuldade e a necessidade de auxílio de outras pessoas para a realização das atividades da vida diária, detectando se são parciais, em maior ou menor grau, ou totais. O aspecto funcional da avaliação multidimensional também considera o ambiente físico em que a pessoa está inserida, seja na sua própria residência, em instituições de acolhimento, no seu bairro ou comunidade, buscando identificar os elementos que impõem obstáculos ou promovem condições para o desempenho das ABVD e AIVD.

É importante ressaltar que a avaliação multidimensional no contexto do envelhecimento saudável supera a lógica curativista e o olhar estritamente biomédico/clínico sobre a população idosa. O envelhecimento saudável considera não apenas a ausência ou o controle de doenças e de agravos, mas, principalmente, a manutenção da autonomia e da independência ao máximo possível, evitando ou retardando o declínio da capacidade funcional, e promovendo a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

### 3.1 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA COMO FERRAMENTA PARA A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

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 oferece a *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* como ferramenta de apoio para a avaliação multidimensional a ser realizada no nível primário de atenção. Em alguns contextos, foram organizados outros instrumentos e protocolos específicos, adequados às características locais, para a realização da avaliação multidimensional. Dessa forma, a oferta da ferramenta do Ministério da Saúde não inviabiliza a utilização de outros instrumentos de avaliação multidimensional.

A *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* possibilita o rastreamento de eventos e contextos importantes para a identificação das reais necessidades de saúde, bem como do potencial de risco e grau de comprometimento da autonomia e independência do indivíduo, permitindo o direcionamento de intervenções oportunas e adequadas a cada caso.

Essa ferramenta facilita a reconstituição do histórico clínico dos indivíduos, suas condições de saúde, bem como a identificação de hábitos de vida, contextos familiares, sociais e econômicos que possam contribuir para melhores ou piores prognósticos. A Caderneta permite o acompanhamento longitudinal e o controle de condições crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, bem como de seus fatores de risco. Também é possível monitorar dados antropométricos como peso, índice de massa corporal e o perímetro da panturrilha. A identificação e o acompanhamento de agravos, de doenças crônicas, bem como de sinais de alerta que podem representar o risco de declínio da capacidade funcional são fundamentais para a elaboração de um projeto de cuidados específico, baseado nas reais necessidades de cada usuário.

Outro aspecto importante da Caderneta é a orientação dos indivíduos para o autocuidado, na medida em que a pessoa idosa pode visualizar e registrar sua própria trajetória de saúde, tomando decisões para alterá-la ou mantê-la da melhor forma possível. Aos familiares e cuidadores, a Caderneta oferece um recurso importante para a qualificação do cuidado diário, chamando a atenção para a prevenção de doenças e

agravos, com orientações sobre prevenção de quedas, vacinação, alimentação saudável, saúde sexual e bucal, entre outros pontos relevantes.

A avaliação multidimensional deve se dar, inicialmente, no nível da atenção primária, mas espera-se que possa ser realizada em todos os pontos de atenção da RAS. Assim, uma pessoa idosa que dê entrada num serviço de pronto atendimento por conta de uma queda, por exemplo, deve ser avaliada com relação aos seus contextos de moradia, de apoio familiar, social e econômico, bem como suas condições físicas, mentais e funcionais. A compreensão da ocorrência de quedas no contexto específico do sujeito permite a identificação de fatores de risco para novas quedas e o desenvolvimento de intervenções mais apropriadas, a serem construídas em conjunto com a pessoa, seus familiares e cuidadores. Portanto, a correta avaliação multidimensional, realizada oportunamente, permite o seguimento da pessoa idosa pela rede de saúde ou pelas redes intersetoriais de forma mais eficiente.

Neste aspecto, um elemento fundamental desafia os processos de gestão, que é o estabelecimento de uma rede de comunicação efetiva entre os diferentes pontos da RAS e das redes intersetoriais. A identificação de um idoso em risco, ou vulnerável, deve despertar nas diversas equipes o alerta de que sua situação de vida precisa ser melhor avaliada. Nesse sentido, a Atenção Básica tem papel privilegiado na avaliação integral e no acompanhamento longitudinal desses fatores.

A Caderneta, 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, se enfatiza a importância de orientar as pessoas idosas a apresentarem a sua Caderneta em todos os atendimentos que realizem na RAS.

A identificação das condições de saúde da pessoa idosa, a partir da avaliação multidimensional realizada com o auxílio da Caderneta, pode indicar a necessidade de uma avaliação mais aprofundada, especialmente nas dimensões em que forem rastreados sinais de comprometimento. Nesses casos, pode-se lançar mão de outras ferramentas, como escalas, testes e exames que possibilitem a investigação específica e profunda de

uma dada dimensão que se suspeite estar comprometida. Assim, pode ser necessário realizar, por exemplo, um teste audiométrico, uma avaliação acurada da marcha, do equilíbrio, da força muscular ou testes cognitivos, entre outros, a partir das suspeitas levantadas numa avaliação inicial. Da mesma forma, pode ser necessário averiguar com mais atenção o contexto psicossocial no qual a pessoa está inserida, quando se identifiquem elementos que possam representar fatores de risco, como um ambiente familiar conflituoso, sinais de violência, ausência de suporte social, insuficiência ou insegurança econômica.

Considerando que as condições de saúde da pessoa idosa e sua capacidade funcional podem ser alteradas a partir de intercorrências como quedas e outros agravos, doenças agudas ou agudização de doenças crônicas, internações ou mesmo por mudanças no curso da vida, como a perda do cônjuge e de pessoas próximas ou, ainda, situações que provoquem vulnerabilidade social (insegurança/insuficiência econômica, perda da moradia etc.), no acompanhamento realizado é necessário observar a necessidade de repetir a avaliação multidimensional, buscando identificar fatores e sinais que possam indicar o risco de declínio funcional.

Do ponto de vista das equipes de saúde, ou seja, do ponto de vista da gestão do cuidado junto à pessoa idosa, a realização da avaliação multidimensional, com o apoio da *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* e sua Ficha Espelho, permite a formulação do **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**, coordenado e integrado, a curto, médio e longo prazos, visando à promoção da saúde, à prevenção em todos os seus níveis<sup>5</sup>, à recuperação e/ou à manutenção da capacidade funcional.

### 3.2 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR A PARTIR DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

A avaliação multidimensional da pessoa idosa permite a formulação de um diagnóstico situacional na medida em que identifica necessidades, demandas, vulnerabilidades, mas, também, os recursos disponíveis e as potencialidades que compõem o contexto pessoal, familiar e comunitário de cada sujeito. A investigação que considera os aspectos clínicos, psicossociais e funcionais possibilita a efetivação de uma clínica ampliada em saúde, a qual não se limita a identificar e tratar sintomas e

<sup>5</sup> Vide glossário para compreensão dos níveis primário, secundário, terciário e quaternário de prevenção.

doenças, mas, sim, compreender e intervir no contexto produtor da doença, do agravo e do sofrimento. O exercício da clínica ampliada pressupõe a utilização de dispositivos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), de maneira a deslocar-se do sintoma e da doença para o sofrimento e o contexto onde eles aparecem (BRASIL, 2014b).

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes do diálogo e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007). A singularidade advém do aspecto irreprodutível de cada situação sobre a qual o projeto terapêutico atua.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção e de cuidado desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização de reuniões de equipe como um espaço coletivo e sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e responsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimentos (BRASIL, 2014b).

As pessoas idosas apresentam especificidades relevantes, as quais impedem a extrapolação para essa população de compreensões e condutas utilizadas no contexto da população adulta geral. Embora envelhecer não signifique se tornar dependente ou incapaz, o processo de envelhecimento normal, chamado de senescência, traz consigo uma perda progressiva e lenta da reserva homeostática. A reserva homeostática é a capacidade do organismo de se defender das agressões tanto internas quanto externas. Considera-se que essa perda progressiva da reserva homeostática ocorra a partir dos 30 anos de idade. Outras características do processo de envelhecimento são a irreversibilidade e a heterogeneidade: quanto mais velhos, maiores as diferenças entre os indivíduos. A pessoa idosa, portanto, possui características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho de doenças e agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de ações multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado (BRASIL, 2014a).

Como enunciado, o cuidado à saúde da pessoa idosa deve compreender todo um contexto que possa comprometer a sua autonomia e independência, resultando em incapacidades funcionais e em perda de qualidade de vida. Outro aspecto importante

a se considerar é que, pela redução da reserva homeostática, as condições de saúde da pessoa idosa podem se alterar de forma muito rápida a partir da manifestação de uma doença ou de uma ocorrência que apresente potencial para causar doença. Dessa forma, mesmo uma pessoa idosa com sua capacidade funcional preservada, pode tê-la comprometida rapidamente e, muitas vezes, num curso irreversível, dependendo da ocorrência e das intervenções realizadas ou não.

Portanto, considerando as especificidades da pessoa idosa e do processo de envelhecimento nas idades mais avançadas, as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos tomam um significado especial, tornando fundamental o acompanhamento sistemático e longitudinal não apenas dos casos mais graves, mas, também daquelas pessoas que se encontram com suas capacidades intrínsecas e funcionais preservadas, visando à sua manutenção e à promoção de uma boa qualidade de vida. Não desejamos que uma pessoa idosa se torne dependente ou mesmo restrita em suas atividades diárias, lembrando que os custos financeiros, emocionais, pessoais e familiares são altíssimos quando se chega a um estado de total dependência. As complicações do diabetes *mellitus*, por exemplo, que podem causar a amputação de membros, são muito sofridas aos indivíduos, podendo leva-los à necessidade de cuidados de longa duração, além de impactarem fortemente o sistema de saúde.

O PTS deve prever intervenções no campo clínico, psicossocial e funcional que permitam preservar ou recuperar a autonomia e a independência, bem como identificar eventos que possam indicar riscos de piora nas condições gerais dos indivíduos. O PTS é um fio condutor que mantém o foco nas necessidades específicas, permitindo responder às demandas de cada sujeito, em ações coordenadas e complementares, na perspectiva do cuidado integral. É esse fio condutor, focado na pessoa idosa, que determinará o seu percurso pela rede de cuidados, permitindo também a definição de fluxos e protocolos adequados a cada situação.

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. O PTS, nesses casos, será mais complexo e deve ser avaliado e revisto em curto prazo, visando a readequações a fim de se trabalhar com os níveis terciário e quaternário de prevenção, além de, possivelmente, integrar cuidados paliativos.



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 um PTS também àquelas pessoas 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 Atenção Básica com a pessoa idosa de forma a construir com ela um conjunto de ações que visem à promoção da saúde e à 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. Além disso, a pessoa pode ser incentivada e convidada a participar de atividades comunitárias e sociais, festas, grupos de atuação política e cidadania em defesa de seus direitos e muitas outras coisas, de acordo com os recursos disponíveis no território e com os desejos e necessidades de cada um.



Embora o PTS das pessoas idosas que não apresentam comprometimentos graves exija menor grau de densidade e menor frequência de intervenções de cuidado, isso não exime as equipes de saúde da Atenção Básica do seu acompanhamento de forma sistemática, fazendo o controle de condições crônicas, como hipertensão arterial e diabetes, atualizando o calendário vacinal e realizando todo o esforço no sentido de se promover o envelhecimento saudável, com autonomia e independência preservadas ao máximo.

Em todos os casos, dos mais leves aos mais agravados, o PTS deve considerar o desejo e as reais possibilidades de cada sujeito, incorporando o seu histórico clínico, seu contexto familiar, social, econômico, cultural e suas capacidades funcionais. A

consideração e o respeito à vontade (decisões, opiniões, valores e crenças) da pessoa idosa são absolutamente fundamentais no planejamento e na efetivação de ações e intervenções em aspectos de sua saúde, de maneira que ela protagonize o próprio cuidado, aceitando ou recusando tratamentos e intervenções que lhe forem propostos.

Às pessoas idosas a avaliação multidimensional, o acompanhamento por meio da *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* e o Projeto Terapêutico Singular permitem o acesso ao cuidado integral, obtendo respostas a partir de suas necessidades específicas, evitando a fragmentação da atenção que provoca demanda desnecessária por procedimentos e medicamentos. Via de regra, a falta de equipes e profissionais de saúde de referência, que possuam vínculos significativos com a pessoa idosa, provoca a busca desorientada por serviços, profissionais e intervenções das mais diferentes ordens. Essa situação representa um elemento de estresse para a pessoa idosa, bem como para seus familiares e cuidadores, seja pela “peregrinação” por diferentes instâncias não resolutivas ou pela sobrecarga de procedimentos e medicamentos, muitas vezes desnecessários e iatrogênicos.

Para que as pessoas idosas possam de fato ser atendidas de acordo com suas necessidades e em sua integralidade no SUS, é necessária a organização e a coordenação do cuidado na RAS, e que se definam as competências e se articulem os diferentes pontos de atenção, numa linha de cuidado desde a Atenção Básica à Especializada. Além disso, é fundamental envolver as redes intersetoriais, buscando abarcar os demais aspectos da vida que afetam a saúde dos indivíduos.

---

# 4

---

## **COMO IMPLEMENTAR A LINHA DE CUIDADO À SAÚDE INTEGRAL DA PESSOA IDOSA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS**

A organização da RAS no âmbito do SUS é definida como arranjos de ações e de serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017b).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e de serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, pela centralidade das necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da atenção primária como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

A Atenção Básica constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o SUS, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa, na RAS, o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no **âmbito individual e coletivo**, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, mantendo-se como referência para os sujeitos mesmo que estes necessitem de cuidados em outros pontos da rede.

A coordenação do cuidado é 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 nas comunidades em que vivem essas populações.

A Atenção Básica deve cumprir três funções essenciais: Resolutividade para a grande maioria dos problemas de saúde da população; Organização dos fluxos e

contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde; Responsabilização pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2002; 2011). Contudo, somente os serviços da Atenção Básica não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatoriais e hospitalares), conforme a necessidade dos sujeitos e a indicação dos profissionais.

Para a organização e o 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 em, ao menos, três grandes perfis, de acordo com os níveis de funcionalidade apresentados: **pessoas idosas independentes e autônomas; pessoas idosas com alguma limitação funcional (com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros); e pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar suas atividades cotidianas.**

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 das 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 Atenção Básica. As eSF, os agentes comunitários de saúde (ACS), as equipes dos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasfs-AB), assim como equipes de Consultórios na Rua e das Unidades Básicas de Saúde 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 pessoas que venham a ser acolhidas em outros pontos da RAS devem ser referenciadas às equipes da AB, 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 Atenção Básica e especialistas.

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.

Tendo em vista os diferentes perfis de funcionalidade, buscaremos, a seguir, descrever as possíveis organizações do cuidado na RAS a partir da atenção primária em saúde.

## 4.1 ESTRATIFICAÇÃO DOS PERFIS DE FUNCIONALIDADE PARA FINS DO CUIDADO

Considerando a heterogeneidade dos processos de envelhecimento, a necessidade de planejar e organizar as respostas que precisam ser dadas pelo sistema de saúde, de acordo com os níveis de funcionalidade apresentados pelas pessoas idosas, apresenta-se a estratificação de **três perfis de funcionalidade**. Para cada perfil deverão ser pensados diferentes objetivos para o cuidado, que comporão o PTS de cada pessoa idosa acompanhada na RAS.

### 4.1.1 Perfil 1 – Pessoas idosas independentes e autônomas para realizar as atividades da vida diária

Incluem-se neste grupo as pessoas idosas que realizam suas atividades de forma independente e autônoma, sem necessidade de ajuda de terceiros e de nenhum tipo de adaptação ou modificação.

O cuidado voltado para os indivíduos desse grupo deve contemplar, especialmente, ações de promoção e proteção da saúde e ações de prevenção de agravos e de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de intervenções terapêuticas, quando couber. Com isso, espera-se evitar condições crônicas não estabelecidas, bem como manter sob controle alguma doença já existente e manter a capacidade funcional das pessoas idosas, possibilitando diagnósticos e intervenções precoces que ofereçam melhores prognósticos.

Eventualmente, as pessoas identificadas nesse perfil podem necessitar de recursos da atenção especializada. Nesses casos, os profissionais da Atenção Básica devem buscar a complementaridade do cuidado na RAS, utilizando instrumentos adequados de organização dos fluxos (referência e contrarreferência) e garantindo a gestão compartilhada do cuidado.

#### 4.1.2 Perfil 2 – Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária<sup>6</sup>

Incluem-se nesse grupo as pessoas idosas que:

- a) **Realizam as atividades de forma adaptada:** as atividades são realizadas com algum tipo de modificação ou de forma diferente do habitual ou mais lentamente. Para realizar as atividades da vida diária necessitam de algum tipo de modificação/adaptação do ambiente ou do mobiliário ou, ainda, da forma de execução, como por exemplo, passar a fazer sentada uma atividade que antes realizava em pé. Também são incluídas neste perfil pessoas que necessitam de alguma adaptação que permita a execução das atividades, como o uso de lentes ou de lupas para leitura, de um aparelho auditivo ou de outros tipos de órteses e próteses. Com as adaptações e modificações, a pessoa idosa não depende de terceiros para realizar as AVD, isto é, tem uma independência modificada.
- b) **Realizam as atividades com auxílio de terceiros:** nesses casos, as pessoas idosas conseguem realizar as AVD com algum preparo ou alguma supervisão de terceiros. Há necessidade do auxílio de outra pessoa para a

<sup>6</sup> A caracterização desse perfil foi baseada na escala de pontuação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br).

atividade ser realizada, mas a própria pessoa idosa a realiza, isto é, outra pessoa participa em alguma etapa, realiza algum preparo ou supervisiona a atividade. Na supervisão, há a presença de terceiros sem a necessidade de contato físico, como por exemplo: a pessoa necessita de incentivo, de pistas para completar uma atividade ou a presença de outra pessoa é necessária como medida de segurança. Em algumas situações há necessidade de um preparo prévio para a atividade ser realizada, como por exemplo, a colocação de uma adaptação para alimentação, colocar pasta na escova de dentes etc.

Sendo assim, embora apresentem declínio funcional e dificuldades para a realização de AVD de forma independente, conseguem realizá-las com adaptação ou auxílio/supervisão de terceiros; são consideradas pessoas em risco de tornarem-se totalmente dependentes, dada a condição de saúde apresentada e as intervenções realizadas. Nesse sentido, o cuidado deve ter como foco a manutenção das funções ainda preservadas e a reabilitação dos aspectos comprometidos.

### **4.1.3 Perfil 3 – Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades da vida diária**

Incluem-se neste grupo aquelas pessoas idosas que não realizam as AVD sozinhas e encontram-se totalmente dependentes de terceiros para realizá-las. Elas não participam de nenhuma etapa da atividade e há a presença de terceiros com a necessidade de contato físico para realizá-las, como por exemplo, dar banho, vestir, alimentar, mudar de decúbito, fazer a transferência da cama para a cadeira ou vice-versa, entre outras.

Essas pessoas idosas apresentam declínio funcional estabelecido, com necessidade de acompanhamento contínuo para a realização das atividades básicas da vida diária; trata-se de pessoas que têm sua capacidade funcional mais comprometida, que já perderam a capacidade para a realização das atividades mais complexas da vida e apresentam comprometimento também para a realização das atividades mais simples para o próprio cuidado.



Para essas pessoas, o foco do cuidado deve estar na prevenção terciária e quaternária, gerenciando as condições crônicas e ofertando cuidados prolongados. O acompanhamento domiciliar deve ser planejado, visando à reabilitação possível, os cuidados paliativos e o suporte à família e aos cuidadores.

## 4.2 SINAIS DE ALERTA QUE PODEM COMPROMETER A CAPACIDADE FUNCIONAL

Considerando a redução da reserva homeostática no processo de envelhecimento e a maior chance de irreversibilidade quando se instalam perdas funcionais, é muito importante que na avaliação multidimensional realizada na Atenção Básica as equipes de saúde identifiquem e fiquem atentas a alguns sinais de alerta ou condições crônicas de saúde que podem provocar ou agravar o declínio da capacidade funcional da pessoa idosa, comprometendo a sua autonomia e/ou independência<sup>7</sup> para a realização das AVD e, por conseguinte, sua qualidade de vida. A identificação de determinadas situações deve fazer com que as equipes da AB considerem a necessidade de avaliar mais detalhadamente os aspectos comprometidos. Entre os sinais de alerta destacam-se:

- ✓ Multimorbidades ( $\geq 5$  diagnósticos).
- ✓ Polifarmácia ( $\geq 5$  medicamentos/dia).
- ✓ Internações recentes (mais de duas internações nos últimos seis meses).
- ✓ Incontinência esfincteriana (urinária e/ou fecal).
- ✓ Quedas recorrentes (duas ou mais nos últimos 12 meses).
- ✓ Alteração de marcha e equilíbrio.
- ✓ Comprometimento cognitivo (perda de memória, desorientação espacial e temporal...).
- ✓ Comprometimento sensorial (visão, audição).
- ✓ Dificuldades de comunicação.

<sup>7</sup> É importante ressaltar que a perda da autonomia e da independência **não são** processos necessariamente concomitantes. Uma pessoa pode ter sua mobilidade reduzida, por exemplo, ficando restrita ao leito ou a uma cadeira de rodas, tornando-se dependente de terceiros ou de adaptações para a realização das AVD. Essa condição, por si só, não compromete sua autonomia, ou seja, sua capacidade de comandar a própria vida, fazendo escolhas e tomando decisões importantes para si.

- ✓ Isolamento social.
- ✓ Insuficiência familiar.
- ✓ Sinais e sintomas de transtorno de humor (depressão, ansiedade).
- ✓ Perda de peso não intencional (mínimo 4,5 kg ou 5% do seu peso corporal) no último ano.
- ✓ Suspeitas de violência.
- ✓ Dificuldade de mastigação e/ou deglutição, engasgos e/ou tosses recorrentes.

As respostas do sistema de saúde precisam manejar essas condições, com intervenções mais eficientes, eficazes e efetivas para melhorar a saúde da pessoa idosa. Essas intervenções implicam (MORAES, s/d):

1. Suspensão de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas inadequadas (desprescrição) – prevenção quaternária.
2. Definição de metas terapêuticas individualizadas de acordo com o nível de funcionalidade do indivíduo.
3. Tratamento adequado de condições subdiagnosticadas e subtratadas (prescrições corretas).
4. Reabilitação (prevenção terciária).
5. Prevenção Secundária.
6. Prevenção Primária.

A principal função do sistema de saúde deve ser otimizar as trajetórias de capacidade intrínseca (OMS, 2015). Existem indícios de que concentrar-se na capacidade intrínseca das pessoas idosas (ou seja, fortalecer seus próprios recursos físicos e mentais) é mais eficaz que priorizar o tratamento de doenças crônicas específicas. Isso não significa rechaçar o tratamento das doenças, mas sim enfatizar que a preservação e/ou recuperação das capacidades físicas e mentais das pessoas devem ser objetivos e pontos de partida das intervenções de saúde. Essa proposição faz sentido ao pensarmos que as pessoas com suas capacidades físicas e mentais fortalecidas terão melhores condições de respostas às perdas ocasionadas pelo processo de envelhecimento. Possivelmente,

também respondam melhor a processos de reabilitação ou recuperação em casos de agravos ou de doenças agudas.

O olhar sobre a capacidade intrínseca dos idosos e o contexto em que vivem ajuda a garantir que os serviços de saúde se orientem para a busca de resultados que são mais importantes para a vida diária das pessoas idosas. Também pode ajudar a evitar tratamentos desnecessários e a polifarmácia com seus efeitos secundários.

### 4.3 COMPETÊNCIAS DOS DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL

A seguir destacam-se alguns pontos de atenção estratégicos na Atenção Básica e na Atenção Especializada que articulados na RAS e com as redes intersetoriais possibilitam a integralidade do cuidado.

#### 4.3.1 Atenção Básica

A realização da avaliação multidimensional na Atenção Básica tem um papel fundamental na ordenação do cuidado ofertado à saúde da pessoa idosa. Essa 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 Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) a primeira abordagem e a avaliação multidimensional 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 da Atenção Básica, como as Equipes de Consultórios na Rua, UBS e Nasfs-AB. Independentemente do ponto da RAS acessado pela pessoa idosa, cabe à Atenção Básica o papel de disparador e coordenador do processo de cuidado integral.

O PTS deve ser elaborado e coordenado pela equipe da Atenção Básica para todos os idosos de seu território de responsabilidade sanitária. No caso de idosos com

limitação funcional, descritos no 2º e 3º perfis, o PTS poderá ser construído de forma compartilhada com a atenção especializada ou complementado por esta, quando necessário. Contudo, **antes de lançar mão da atenção especializada**, é importante que se esgotem todos os recursos disponíveis na própria Atenção Básica, por meio do matriciamento, da comunicação e articulação entre os profissionais das equipes de referência, equipes de Nasfs-AB, equipes de Consultório na Rua e profissionais que atuam em diferentes estratégias e programas desse nível de atenção.

Os Nasfs-AB exercem um papel fundamental de apoio, matriciamento, suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família. Competem também aos Nasfs-AB participar do planejamento conjunto das ações, de discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, educação permanente, ações intersetoriais etc. Sendo assim, podem contribuir muito na construção do PTS e desenvolver em conjunto ações de recuperação da capacidade funcional e reabilitação de menor densidade tecnológica. Além disso, as ações de promoção e prevenção incrementadas pelos Nasfs-AB ajudam a evitar a prática do encaminhamento desnecessário.

O Programa Academia da Saúde, desenvolvido na AB, traz vários benefícios para as pessoas idosas, pois potencializa uma série de ações voltadas à preservação da capacidade funcional, por meio da realização de atividades como Dança Sênior, Tai Chi Chuan, atividades físicas orientadas para ganho de massa muscular, força, equilíbrio e coordenação motora, entre outras, itens essenciais para a prevenção de quedas em idosos e outros agravos, além de promover a convivência intergeracional e social, as práticas artísticas e culturais, a educação em saúde e a mobilização comunitária.

Entre as abordagens de cuidado integral oferecidas no âmbito da atenção básica 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).

As PICS alcançam pessoas nos diversos ciclos de vida, com oferta de recursos tecnológicos simplificados, e podem, portanto, ser utilizadas para o cuidado integral da pessoa idosa e de toda a família. Seus recursos terapêuticos compreendem os diferentes processos vitais, não se limitando apenas a procedimentos. Ao se indicar os diversos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa/acupuntura, massagem, plantas medicinais e fitoterapia, práticas corporais da medicina tradicional chinesa, biodança, reiki, meditação, ioga, homeopatia, terapia comunitária integrativa, antroposofia aplicada à saúde, entre outros, devem-se considerar as especificidades de cada caso.

Além disso, as PICS podem oferecer cuidado para condições específicas como dores crônicas, depressão, ansiedade, entre outras. Também podem auxiliar em diversas questões inespecíficas para o tratamento convencional, mas que debilitam e diminuem a autonomia e o bem-estar das pessoas.

As práticas integrativas e complementares em saúde contribuem para a ampliação das ofertas de cuidados e para a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades, além de proporcionar maior resolutividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Ainda, cabe à AB 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, repúblicas e ILPI. Essas instituições, portanto, devem ser reconhecidas nos territórios e tomadas como responsabilidade das equipes de Atenção Básica.

As campanhas vacinais específicas e as visitas domiciliares devem também ser oportunidades para a atualização de todo o calendário vacinal.

Quando se esgotam os recursos disponíveis na Atenção Básica, 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. Em estados/municípios com **Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso**<sup>8</sup> (BRASIL, 2017i) cabe às equipes desses serviços realizarem não somente o atendimento dos casos encaminhados, mas também o matriciamento e a capacitação das equipes da APS. Portanto, é imprescindível que os Centros de Referência estejam integrados e articulados com toda a RAS, constituindo-se em um de seus pontos de atenção e em elemento de retaguarda para as equipes da Atenção Básica.

Nos estados onde não há Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, recomenda-se a utilização do serviço de Teleconsultoria do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes por parte das equipes de APS. Este serviço é regulamentado (BRASIL, 2017e) e sua implementação permite a discussão de casos clínicos ou a resolução de dúvidas sobre procedimentos administrativos em tempo real com profissionais especialistas, que auxiliam na tomada de decisão amparados pelas melhores evidências científicas. A possibilidade da teleconsultoria permite maior resolutividade das questões no nível primário da atenção, evitando o encaminhamento indiscriminado para o nível secundário e promovendo a redução das filas de espera da atenção especializada. A teleconsultoria é também estratégia de educação permanente dos profissionais da APS, baseada em problemas reais da prática clínica.

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 Atenção Básica, poderá ser indicado o suporte das equipes da Atenção Domiciliar ou de Unidades de Cuidados Prolongados (UCP), dependendo do caso em questão, visando a uma recuperação mais rápida e efetiva.

<sup>8</sup> Os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso foram normatizados pelo Ministério da Saúde em 2002 e passaram a compor as redes estaduais de atenção à saúde, sendo responsáveis pela atenção integral aos pacientes idosos nas seguintes modalidades assistenciais: atendimento ambulatorial especializado, internação hospitalar, hospital dia e assistência domiciliar. Estes Centros devem estar articulados aos demais pontos de atenção da RAS.

Atenção especial deve ser dada às pessoas idosas e àquelas que estão envelhecendo com transtornos mentais, com matriciamento dos Caps às equipes da AB e/ou atendimento direto aos usuários quando necessário. É fundamental incorporar no cuidado da saúde mental a compreensão sobre o processo de envelhecimento. Ainda são muito presentes o preconceito, o estigma e a exclusão social com relação às pessoas com transtornos mentais. Essa realidade fica ainda mais agravada nas idades avançadas 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.

Além da gestão do cuidado, cabe às equipes de Atenção Básica: alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa; cadastrar todas as pessoas idosas de sua microárea e manter o cadastro atualizado; acompanhar, orientar e realizar atendimento em saúde bucal, quando houver equipe de Saúde Bucal; realizar atividades de educação permanente referentes à atenção à pessoa idosa e ao envelhecimento saudável.

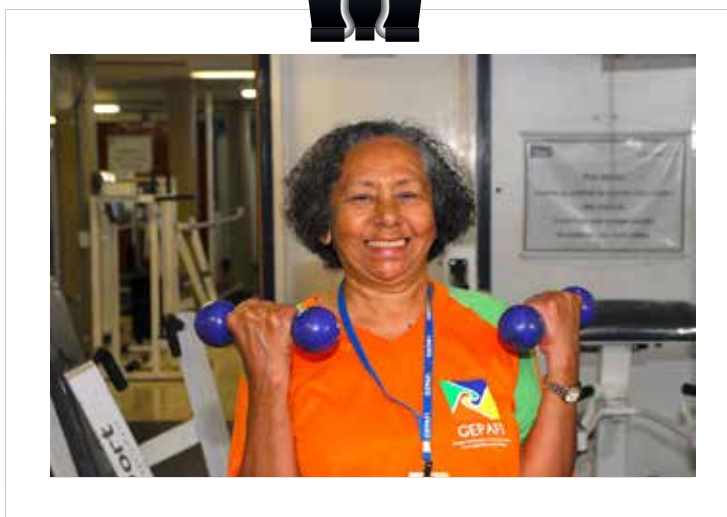
Enfim, é imprescindível a articulação da Atenção Básica com os serviços domiciliares, ambulatoriais especializados e hospitalares, favorecendo o diagnóstico rápido das necessidades dos pacientes e a oferta de tratamento adequado.

De acordo com o seu papel na RAS, cabe à Atenção Básica o desenvolvimento de ações coletivas ou individuais, considerando o perfil funcional da pessoa idosa:

#### **4.3.1.1 Para as pessoas idosas independentes e autônomas, descritas no Perfil 1:**

O objetivo é continuar fortalecendo as capacidades físicas e mentais das pessoas, fomentando e mantendo os níveis de capacidade funcional pelo maior tempo possível. Para isso, a ênfase deve ser prevenir as doenças e os agravos, reduzindo os riscos, promovendo condutas que contribuam para a preservação da capacidade funcional; garantindo o correto tratamento dos problemas agudos, detectando e tratando as doenças crônicas em sua fase inicial.

Assim, orienta-se desenvolver atividades de promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos, organizadas de forma coletiva e muitas vezes em parceria com outras políticas setoriais, tais como:



- » Incentivar e criar alternativas para desenvolver a segurança alimentar e nutricional e hábitos de alimentação saudável. A orientação nutricional nesta fase da vida deve se adequar às necessidades que o envelhecimento traz. É necessário dar mais ênfase à densidade de nutrientes – especialmente vitaminas e micronutrientes – embora o consumo de calorias e proteínas também seja importante (OMS, 2015).
- » Realizar atividades físicas e de consciência corporal comunitárias como caminhadas, jogos, alongamento e outras atividades que permitam o fortalecimento musculoesquelético e do equilíbrio. Em particular, o treinamento da força muscular de alta intensidade é a principal intervenção necessária para prevenir e corrigir a fragilidade e a sarcopenia, além disso, protege indiretamente o cérebro da depressão e do declínio cognitivo.
- » Ofertar atendimento em grupo para controle do tabagismo, do consumo de medicamentos não prescritos e da iatrogenia medicamentosa, do consumo prejudicial de álcool e outras drogas.
- » Orientar as pessoas idosas, suas famílias e cuidadores sobre a prevenção de quedas.
- » Promover atividades culturais e de lazer coletivas na comunidade, importantes para a socialização e a prevenção de transtornos de humor provocados pelo isolamento e pela solidão.



- » Fortalecer vínculos e a convivência familiar e comunitária, incentivando as pessoas idosas à participação social e intergeracional.
- » Oferecer atividades de autocuidado e autoconhecimento, ofertando práticas integrativas e complementares para melhor interação do sujeito com sua fase e história de vida. Práticas como Tai Chi Chuan auxiliam na prevenção de quedas (PINO-CASADO, 2016) e a prática de meditação contribui para o controle de hipertensão arterial, entre outras.
- » Realizar orientações sobre a saúde sexual e a sexualidade às pessoas idosas.
- » Realizar atividades de prevenção à violência, de forma articulada com outras políticas intersetoriais e conselhos de direitos da pessoa idosa.
- » Promover ações e orientações gerais para cuidados com a saúde bucal.
- » Realizar campanhas de vacinação e outras campanhas de prevenção e de promoção da saúde.
- » Acompanhar e orientar questões relacionadas ao processo de envelhecimento e seus possíveis agravos com usuários, familiares, cuidadores e comunidade.
- » Realizar atividades para fortalecer habilidades comunicativas e de memória.

Promover a saúde pressupõe necessariamente a intersetorialidade. Portanto, é fundamental a APS articular com outros recursos comunitários do território, tanto para o planejamento de atividades coletivas quanto individuais. Dessa forma, podem articular e realizar atividades conjuntas, compartilhando a construção e a efetivação do PTS com:

- » As equipes dos Centros de Referência da Assistência Social (Cras) que compõem o Sistema Único de Assistência Social (Suas) e promovem os serviços socioassistenciais como o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (muitos municípios possuem o Centro de Convivência de Idosos) e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, com promoção e proteção dos direitos humanos básicos e cidadania.
- » Outros recursos da comunidade, tais como os clubes e as associações esportivas e culturais ampliando as ofertas de atividades físicas, culturais e de lazer.

- » Programas educacionais como Educação de Jovens e Adultos (EJA) e programas universitários de extensão, como Universidades Abertas à Terceira Idade, entre outros.
- » Uso de espaços urbanos públicos como praças, parques, museus, bibliotecas etc., para a promoção de atividades culturais, de lazer, de fortalecimento dos vínculos comunitários e promoção da participação social das pessoas idosas.

Do ponto de vista individual, é imprescindível:

- » A detecção e o tratamento precoce das doenças não transmissíveis, com o controle de taxas de glicemia e gorduras por meio da oferta de exames clínicos; controle e tratamento de doenças, em especial as condições sensíveis à Atenção Básica.
- » O gerenciamento de cuidados eficazes de pessoas que têm ou apresentam alto risco de ter doenças cardiovasculares, câncer, insuficiência respiratória crônica, diabetes e outras doenças não transmissíveis. Esses cuidados podem prevenir o acúmulo de deficiências funcionais, reduzindo a necessidade de hospitalizações e de procedimentos de alto custo e diminuindo as mortes prematuras.
- » Deve ser dada especial atenção à hipertensão, que é a causa de uma alta proporção de doenças cardiovasculares e consequente comprometimento da capacidade intrínseca e morte prematura. Estes riscos podem ser minimizados se a hipertensão for detectada e tratada em sua fase inicial. Em pessoas com hipertensão é necessário avaliar o risco cardiovascular total, incluindo exames de diabetes *mellitus* e outros fatores de risco. A estreita relação entre hipertensão e diabetes faz com que não se possa tratar adequadamente uma sem considerar e tratar a outra. Há indícios de que as decisões a respeito do tratamento baseadas em avaliação dos riscos totais e não na presença de um fator de risco isolado, ajudam a evitar o consumo de medicamentos desnecessários e, em consequência, seus efeitos secundários (OMS, 2015).
- » Oferta de testes para a detecção de agravos transmissíveis como HIV/aids, sífilis, hepatites, tuberculose.
- » Oferta de vacinas faltantes no esquema pessoal.
- » Acompanhamento à saúde mental, buscando identificar sinais de depressão, ansiedade ou outros transtornos de humor, problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool, medicamentos não prescritos e outras drogas.

- » Detectar sinais de violência e notificar as suspeitas ou atos consumados<sup>9</sup>. Nesses casos, é muito importante a articulação com dispositivos de proteção de direitos, como os Creas, e operadores do direito e justiça, como delegacias especializadas, promotorias e defensorias públicas para o acompanhamento dos desdobramentos dos casos, suporte e apoio à vítima.
- » Investigar e acompanhar longitudinalmente as pessoas idosas com problemas cognitivos identificados.

Contudo, as doenças e os agravos citados não podem ser vistos isoladamente, pois eles não se apresentam da mesma forma em diferentes pessoas. Para a compreensão do que se passa com um indivíduo é necessária a escuta qualificada e o entendimento de todos os aspectos biopsicossociais que envolvem a sua vida.

#### 4.3.1.2 Para os idosos com declínio funcional, descritos no Perfil 2:

Para esse grupo de idosos, faz-se necessária a qualificação dos profissionais de saúde da Atenção Básica para que sejam capazes de reconhecer perdas de autonomia e independência em evolução, cuja intervenção rápida e oportuna, além do acompanhamento sistemático, pode reverter ou regredir o processo de agravamento em curso. Na medida em que a equipe de saúde reconhece a existência de algum grau de perda de funcionalidade, deve realizar uma investigação mais detalhada dos aspectos comprometidos. Para isso, pode solicitar **o apoio** de uma equipe multiprofissional capacitada em envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Essa equipe pode estar lotada em diferentes pontos da RAS, de acordo com a organização da rede local. Desse modo, possibilita-se a qualificação do Projeto Terapêutico Singular pela eAB/eSF com o apoio dos Nasfs-AB, dos Centros de Referência em Saúde da Pessoa Idosa, de teleconsultores dos Núcleos Estaduais do Programa Telessaúde ou de outros serviços especializados disponíveis, tanto para matriciamento, quanto para atendimento especializado, quando necessário.

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, como cuidados com a alimentação, controle da glicemia e da pressão arterial, vacinação, prevenção de quedas, entre outras, devem ter continuidade. Segue sendo fundamental assegurar-se de que as pessoas tenham hábitos saudáveis. O objetivo vai mais além

<sup>9</sup> É muito importante que, nos casos em que for necessário notificar situações de violência, que a pessoa idosa seja informada do procedimento e que, de acordo com suas condições, participe e se posicione, tornando-se protagonista também no processo de cessar a violência, especialmente quando ela é intrafamiliar. Para tanto, são fundamentais o apoio psicossocial e a proteção das vítimas, evitando desfechos desfavoráveis e complicadores da situação.

de reduzir fatores de risco e abarca ações que podem ajudar diretamente a manter a capacidade intrínseca e inibir sua deterioração. Por exemplo, o exercício aeróbico é importante para prevenir as doenças cardiovasculares, porém os exercícios resistidos<sup>10</sup>, que ajudam a desenvolver massa muscular, aumentar a força e melhorar o equilíbrio, tornam-se cada vez mais importantes na medida em que a pessoa envelhece.

Além disso, é preciso desenvolver ações de prevenção secundária, buscando identificar doenças assintomáticas, possibilitando melhores prognósticos. No caso de situações crônicas já estabelecidas, busca-se evitar o seu agravamento, numa perspectiva terciária da prevenção.

Nos quadros de risco de perdas ou de capacidade funcional em declínio é muito importante, dentro das possibilidades de cada indivíduo, e a partir dos suportes familiar e social, incentivar a participação em atividades coletivas e em eventos sociais e familiares, evitando o isolamento social altamente prejudicial à saúde integral da pessoa idosa.

O incentivo e a realização de atividades físicas adaptadas para as possibilidades de cada um e do perfil funcional apresentado, bem como intervenções fisioterápicas são importantes para a reabilitação, manutenção ou recuperação das capacidades.

A reabilitação é outro componente essencial dos cuidados de saúde neste perfil funcional e no perfil 3. Os serviços de reabilitação podem ajudar a prevenir incapacidade permanente e dependência de cuidado, e a reduzir as internações evitáveis e o tempo de internação (OMS, 2015). Enquanto os hospitais devem ajudar a garantir a reabilitação adequada durante a hospitalização, a maioria das ações de reabilitação podem ser realizadas fora do ambiente hospitalar, nas comunidades ou em casa. Dessa forma, a Atenção Básica também tem um papel importante na reabilitação das pessoas idosas, com apoio dos Nasfs-AB, buscando a complementação dos Centros Especializados de Reabilitação (CER), quando necessário.

Também é muito importante estar atento a sinais de violência de todas as ordens – física, psicológica, sexual, econômica, abandono e negligência – contra

<sup>10</sup> O exercício resistido pode ser definido como contrações musculares realizadas contra resistências graduáveis e progressivas. A resistência mais comum são os pesos, mas também é possível utilizar resistência hidráulica, eletromagnética, molas, elásticos e outras. Os estudos com pessoas idosas têm documentado a importância dos efeitos dos exercícios resistidos para melhorar a qualidade de vida por meio do alívio de dores articulares, maior independência funcional e melhora da autoestima. A segurança musculoesquelética e a segurança cardiovascular dos exercícios resistidos também têm sido demonstradas, mesmo diante de comorbidades. Atualmente, um significativo corpo de evidências justifica a utilização dos exercícios resistidos para promoção de saúde, terapêutica e reabilitação (ALEXANDRE, 2015)

pessoas idosas em situação de maior vulnerabilidade, notificando os casos suspeitos ou confirmados. Certamente, os aspectos psicossociais podem contribuir tanto para um rápido declínio como para a manutenção da autonomia e da independência por mais tempo.

Também para esse grupo 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.

#### **4.3.1.3 Para os idosos dependentes, descritos no Perfil 3:**

A integração e a coordenação do cuidado continuam como responsabilidades das equipes da Atenção Básica. No entanto, muitas pessoas idosas com perda da capacidade funcional demandarão intervenções conjuntas entre as equipes da Atenção Primária e as equipes de serviços especializados. O suporte e as orientações contínuos a familiares e cuidadores deverão ser mais constantes, buscando orientá-los no cuidado e também aliviar a sobrecarga e o estresse causados pela necessidade de acompanhamento contínuo das pessoas idosas dependentes para as ABVD.



As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos devem ter continuidade nesses contextos, conforme as necessidades, principalmente as prevenções secundárias, terciárias e quaternárias.

A Atenção Básica também tem um papel importante a desempenhar junto às pessoas idosas com perda significativa de capacidade, incluindo o tratamento contínuo de doenças, reabilitação, cuidados paliativos e de fim de vida.

As intervenções e os procedimentos especializados deverão ser regulados pelas equipes da Atenção Primária, entendendo que a atuação conjunta, seja pelo envolvimento direto das equipes especializadas na gestão compartilhada de casos, seja pelos processos de matriciamento, é uma condição necessária para o cuidado das pessoas idosas em quadros mais graves.

Além da atenção domiciliar do SUS descrita a seguir, é fundamental a articulação com o *Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas*, oferecido pelas equipes dos Cras. A atenção compartilhada entre o SUS e o Suas permite a manutenção e a sustentabilidade do cuidado no domicílio, diminuindo as possibilidades de internação e proporcionando melhor qualidade de vida às pessoas idosas dependentes para as atividades da vida diária.

Uma das questões mais sensíveis que se colocam para o cuidado das pessoas idosas que se encontram totalmente dependentes para a realização das AVD é a necessidade da presença constante do cuidador. Com grande frequência, esse papel é destinado a familiares, em especial esposas, irmãs e filhas, que abdicam de seus projetos e realizações particulares para se dedicarem exclusivamente aos cuidados de longa duração de seus parentes. Algumas famílias conseguem repartir esse cuidado com uma rede social de apoio (amigos, parentes mais distantes e outros voluntários) ou mediante a contratação e a remuneração de cuidadores.

Em todos os casos, sejam familiares, sejam voluntários ou trabalhadores remunerados são imprescindíveis o apoio e a retaguarda aos cuidadores das pessoas idosas dependentes para as AVD. Tal apoio se refere, entre outros, às orientações para administração e armazenamento de medicamentos, correto manejo de situações como o banho no leito e outros cuidados para a higiene geral, prevenção de úlceras de pressão (escaras), auxílio para a mudança de posição do corpo, cuidados para a administração

de alimentos ou para a manutenção e a higienização adequada de equipamentos, como bolsas de colostomia, sondas de alimentação e sonda vesical de demora.

No entanto, para além das orientações para o cuidado no domicílio, é absolutamente importante o apoio emocional, a escuta, a reflexão conjunta sobre possíveis alternativas de cuidado e arranjos familiares e/ou comunitários que possam minimizar a sobrecarga dos cuidadores. É fundamental avaliar elementos de estresse, as angústias, as ansiedades e o cansaço físico e emocional dessas pessoas. Enfim, é necessário “cuidar do cuidador”.

No nível local, as articulações entre as equipes de saúde e da assistência social podem oferecer importante suporte aos cuidadores, potencializando, assim, o cuidado no domicílio e a qualidade de vida não apenas da pessoa idosa, mas de toda a sua família e de seu círculo de apoio.

### 4.3.2 Atenção Domiciliar (AD)

Os serviços de atenção domiciliar (AD) têm alto grau de satisfação, tanto para pacientes como para cuidadores, bem como para reduzir as mortes e as taxas de reinternação (OMS, 2015).

A 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, 2017c).

A AD no SUS pode ser realizada tanto pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Atenção Básica, 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. Estas

modalidades se diferenciam em relação à necessidade de cuidado, considerando a singularidade de cada caso, frequência das visitas/atendimento, intensividade do cuidado multiprofissional e uso de tecnologias duras (procedimentos de alta e média complexidade). A modalidade AD1 é atribuída ao rol de atividades já desempenhadas pelas equipes de Saúde da Família da Atenção Básica. Deve contar com o apoio dos Nasfs-AB, ambulatórios e centros especializados e de reabilitação. Já as modalidades AD2 e AD3 são consideradas responsabilidade dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), por meio da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap).

### Quadro 1 – Diferenças de competências entre as modalidades de Atenção Domiciliar

| <p><b>MODALIDADE AD1<br/>ATENÇÃO BÁSICA</b></p>  | <p><b>MODALIDADE AD2/AD3<br/>MELHOR EM CASA (SAD)<br/>EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE<br/>ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD)<br/>EQUIPE MULTIPROFISSIONAL<br/>DE APOIO (EMAP)</b></p>   |
|--|--|
| <p>Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a Atenção Básica.</p> | <p>A modalidade AD2 destina-se a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento temporário, até estabilização do quadro, de acordo com o PTS estabelecido, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica.</p> <p>A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.</p> |

Fonte: Brasil (2017c).

São considerados critérios de **inelegibilidade** para a AD, o usuário que apresentar **pelo menos uma das seguintes necessidades**, que inviabilizam o



cuidado no domicílio e, portanto, demandam a internação em outros pontos da RAS (BRASIL, 2017c):

- Monitorização contínua.
- Assistência contínua de enfermagem.
- Propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência.
- Tratamento cirúrgico em caráter de urgência.
- Ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

No caso de uso de ventilação mecânica invasiva é necessário capacitar as Emad e Emap para lidarem com procedimentos de alta complexidade, evitando a hospitalização prolongada, sendo a rede hospitalar de referência o apoio e a retaguarda para estes procedimentos.

Assim, para as pessoas idosas que necessitam de apoio para realizar atividades da vida diária (perfis 2 e 3), a atenção domiciliar é um recurso a ser utilizado a fim de que se possa orientar cuidados básicos, realizar intervenções específicas e apoiar familiares e outros cuidadores, tendo em vista que o foco do PTS deve ser bloquear ou postergar ao máximo o declínio funcional em curso e, quando possível, recuperar a capacidade funcional nas áreas ou domínios que estão comprometidos.

Para as pessoas idosas dependentes (perfil 3), a atenção domiciliar é uma das estratégias principais que possibilita modos de cuidado de forma substitutiva e desinstitucionalizada, dando vazão à potência e à singularidade do envelhecer.

### **4.3.3 Atenção especializada ambulatorial e hospitalar**

Para acesso a atenção especializada, a gestão local/regional deve organizar 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 o seguimento terapêutico, a

depende 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. É necessário que se estabeleçam protocolos de avaliação de risco e a caracterização dos perfis funcionais descritos.

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 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 Atenção Básica.

O acesso aos Centros de Referência deve ser regulado e os encaminhamentos devem ser realizados pela equipe da Atenção Básica, de acordo com o perfil funcional da pessoa idosa. Assim, são elegíveis para o apoio destes Centros e para estes encaminhamentos as pessoas idosas com limitação funcional descritas nos perfis 2 e 3.

#### 4.3.4 Atenção às urgências e emergências

A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2017d). Para isso, o acolhimento com classificação do risco, a qualificação profissional, a resolutividade, a informação e a regulação do acesso são requisitos de todos os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.

A RUE é composta pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192); Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS (FNSUS); Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; Atenção Domiciliar e Atenção Básica, sendo essa última transversal a todos os pontos de atenção (BRASIL, 2017d).

Nesse cenário, a regulação tem papel importante para organizar os serviços de maneira integrada, executando critérios de classificação de risco e fazendo a regulação médica do processo assistencial. A Central de Regulação das Urgências tem a função de escuta permanente, com acolhimento de todos os pedidos de socorro e o estabelecimento de estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, com o objetivo de gerar a resposta mais adequada a cada solicitação, garantir os meios necessários para tal resposta e monitorar continuamente o grau de urgência até a finalização do caso, de acordo com grades de serviços de referência e contrarreferência, pactuadas pelos gestores, pautadas nos preceitos de regionalização e de hierarquização do sistema (BRASIL, 2017d).

A população idosa atendida nos casos de urgência e emergência é bastante significativa. As causas externas estão entre as principais causas de morte entre as pessoas idosas, sendo que quedas, acidentes de trânsito, agressão física e tentativas de suicídio estão entre as mais comuns para essa população (SOARES et al., 2016). A celeridade no atendimento às pessoas idosas é fator determinante, considerando a necessidade de evitar a progressão para quadros mais graves e o consequente comprometimento da sua capacidade funcional.

A hospitalização e o tempo de permanência em internação também devem ser avaliados com bastante atenção, pois podem provocar ou agravar processos de declínio funcional na pessoa idosa.

Vale a pena ressaltar a importância e a possibilidade de, mesmo em situações de urgência/emergência, realizar uma avaliação integral breve da pessoa idosa. Essa avaliação auxilia na identificação das necessidades da pessoa e na definição dos serviços e pontos da rede a serem envolvidos no seu cuidado. Até mesmo avaliando os benefícios do encaminhamento para Unidades de Cuidados Prolongados, antes do retorno ao domicílio.

Por fim, faz-se necessário acolher a pessoa idosa na RUE com qualidade e humanização, segundo as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), por meio da regulação que respeite as especificidades dessa população e garanta a integralidade do cuidado, ao estabilizar o quadro agudo e articular a continuidade do cuidado com a Atenção Básica e/ou com a Atenção Domiciliar.

### 4.3.5 Cuidados Prolongados

A organização das Unidades de Cuidado Prolongado (UCP) é uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio (BRASIL, 2017f).

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 geral 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 Atenção Básica e/ou da Atenção Domiciliar de forma mais segura. As pessoas idosas que já apresentam declínio funcional em curso ou estabelecido (perfis 2 e 3 descritos) são potencialmente as maiores beneficiárias dos cuidados prolongados, considerando o seu grau de fragilidade, o que pode complexificar o processo de recuperação.

### 4.3.6 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 Atenção Básica 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 (OMS, 2002).

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. Em vez 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 o paciente 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 PTS 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 a possibilidade de perda de um ente querido.

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 pacientes, 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 da dor e outros problemas de natureza física, psicológica, social e espiritual.

De forma abrangente, os Cuidados Paliativos podem ser oferecidos por qualquer profissional capacitado que cuide de pacientes graves, concomitante ou não ao Cuidado Paliativo especializado, o qual é oferecido por especialistas na área (Global atlas for PC) (WHO, 2014).

### 4.3.7 A articulação intersetorial

A atenção integral à saúde das 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 à rede do Suas para viabilizar o acesso aos cuidados de longa duração, a tecnologias assistivas, à reabilitação em saúde, à reabilitação profissional e a benefícios previdenciários e socioassistenciais. 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, Direitos Humanos, Habitação, Transporte, Cultura, viabilizando a proteção dos direitos, bem como o acesso à moradia, à mobilidade urbana, à cultura, ao lazer, entre outros.

A organização de uma política intersetorial de cuidados abrangente que inclua serviços comunitários intermediários de suporte e a ampliação dos serviços domiciliares para as pessoas idosas, com respaldo às famílias, ainda é uma lacuna e exige a atenção dos gestores das políticas sociais em todos os níveis federativos.

No nível local, a gestão deve articular as equipes e os equipamentos da saúde com o demais dispositivos do território, estabelecendo fluxo permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município e região de saúde. É importante que essa articulação seja dialógica e implique 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. O processo de estruturação dessa rede deve considerar as características dos serviços ofertados no território e as especificidades das políticas sociais (saúde, assistência social, justiça, moradia, educação, direitos humanos, entre outras).

A complementaridade intersetorial pode ocorrer tanto no campo da intervenção individualizada, direcionada às pessoas idosas e a suas famílias, quanto naquelas ações coletivas de promoção da saúde e da prevenção de agravos, vinculadas ao território.

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 Suas para construção do PTS, com o objetivo de avaliar e abarcar as necessidades do indivíduo de forma integral.

No âmbito do planejamento das ações coletivas é fundamental a leitura permanente do território vivo, onde as relações acontecem. O reconhecimento das necessidades das pessoas idosas e de suas famílias orienta as articulações intersetoriais, a definição de competências e a construção de fluxos entre os pontos de atenção das diferentes redes.

De maneira geral, a articulação intersetorial local define-se a partir da análise e da interpretação dos dados socioeconômicos, 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, 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 no desenvolvimento de ações conjuntas, assim como dos processos de monitoramento dos PTS e dos encaminhamentos que transitam pela RAS e pelas redes intersetoriais.

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 instituam um espaço de gestão para a articulação entre as políticas, para que as equipes se sintam respaldadas e cumpram seu papel nos territórios.

Considerando a capilaridade, a semelhança na organização dos sistemas SUS e Suas, a existência de redes descentralizadas e articuladas nos territórios com ofertas próprias das suas áreas de competências, sendo que os usuários em sua grande maioria utilizam os serviços dos dois sistemas, bem como os pontos de convergência entre a Política de Assistência Social (Suas) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (SUS), apresentados no quadro a seguir, recomendam-se algumas possibilidades de articulação no nível local.

4.3.7.1 Articulação com os serviços socioassistenciais do Suas

Quadro 2 – Pontos de convergência entre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e os serviços socioassistenciais do Suas

| PNSPI – SUS  | SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS – SUAS   |
|--|--|
| Paradigma da PNSPI   | Serviços da Proteção Social Básica (PSB):  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Noção ampliada de saúde como bem-estar biopsicossocial e não apenas como ausência de doenças.</li> <li>✓ Tem como foco as necessidades de saúde da pessoa idosa.</li> <li>✓ Recomenda a avaliação multidimensional para identificação destas necessidades e construção de PTS.</li> <li>✓ Recomenda o planejamento das ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, com base no estudo do território vivo, suas relações e necessidades.</li> <li>✓ Tem como meta o <b>envelhecimento saudável</b> entendido como a preservação e/ou recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa.</li> <li>✓ <b>Tem como objetivo primordial:</b> manter e/ou recuperar a capacidade funcional da pessoa idosa, sua autonomia e independência, na busca de uma melhor qualidade de vida e participação social.</li> </ul> | <p><b>1. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif):</b><br/>Atende a famílias em situação de vulnerabilidade. Espera como aquisições dos usuários a segurança de acolhida, de convívio familiar e comunitário, de desenvolvimento de autonomia. Um dos impactos esperados é a melhoria da qualidade de vida das famílias.</p>  |
|  | <p><b>2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos:</b><br/>Para idosos. Tem por foco o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social. Em muitos municípios existem os Centros de Convivência de Idosos (CCIs).</p>  |
|  | <p><b>3. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas:</b><br/>Tem como objetivos: prevenir agravos que possam desencadear o rompimento de vínculos familiares e sociais; prevenir o confinamento; identificar situações de dependência; colaborar com redes inclusivas no território; prevenir o abrigamento institucional; sensibilizar grupos comunitários sobre direitos e necessidades de inclusão, buscando a desconstrução de mitos e preconceitos; desenvolver estratégias para estimular e potencializar recursos das pessoas, de suas famílias e da comunidade no processo de habilitação, reabilitação e inclusão social; oferecer possibilidades de desenvolvimento de habilidades e potencialidades, a defesa de direitos e o estímulo à participação cidadã; incluir usuários e familiares no sistema de proteção social e serviços públicos; contribuir para resgatar e preservar a integridade e a melhoria de qualidade de vida dos usuários; contribuir para a construção de contextos inclusivos.</p> |
|  | <p><b>4. Acesso ao Benefício da Assistência Social de Prestação Continuada (BPC/Loas) e aos Benefícios Eventuais</b></p>   |
|  | Serviços da Proteção Social Especial (PSE):  |
|  | <p><b>a) Média complexidade:</b></p>   |
|  | <p><b>1. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi):</b><br/>Atende a famílias e indivíduos em situação de risco e/ou com direitos violados. Serviço desenvolvido pelas equipes dos Creas, de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos.</p>   |
|  | <p><b>2. Serviço Especializado em Abordagem Social:</b> Desenvolvido pelas equipes dos Creas, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa principalmente com população em situação de rua.</p>  |

continua



conclusão

| PNSPI – SUS  | SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS – SUAS  |
|--|---|
| Paradigma da PNSPI   | Serviços da Proteção Social Especial (PSE):   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Noção ampliada de saúde como bem-estar biopsicossocial e não apenas como ausência de doenças.</li> <li>✓ Tem como foco as necessidades de saúde da pessoa idosa.</li> <li>✓ Recomenda a avaliação multidimensional para identificação destas necessidades e construção de PTS.</li> <li>✓ Recomenda o planejamento das ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, com base no estudo do território vivo, suas relações e necessidades.</li> <li>✓ Tem como meta o <b>envelhecimento saudável</b> entendido como a preservação e/ou recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa.</li> <li>✓ <b>Tem como objetivo primordial:</b> manter e/ou recuperar a capacidade funcional da pessoa idosa, sua autonomia e independência, na busca de uma melhor qualidade de vida e participação social.</li> </ul> | <p><b>3. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias:</b><br/>Serviço desenvolvido pelas equipes dos Creas ou Centros-Dia ou Unidades Referenciadas, seja nas próprias unidades ou nos Domicílios dos usuários, para a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos. Tem como impacto esperado contribuir para: acesso aos direitos socioassistenciais; redução e prevenção de situações de isolamento social e de abrigo institucional; diminuição da sobrecarga dos cuidadores; fortalecimento da convivência familiar e comunitária; melhoria da qualidade de vida familiar; redução dos agravos decorrentes de situações violadoras de direitos; proteção social e cuidados individuais e familiares voltados ao desenvolvimento de autonomias.</p> <p><b>4. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua:</b> Desenvolvido pelas equipes dos Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.</p> <p><b>b) Alta complexidade:</b></p> <p><b>1. Serviço de Acolhimento Institucional:</b> Casa-Lar (unidades residenciais de até dez idosos) e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (até quatro idosos por quarto).<br/>A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.</p> <p><b>2. Serviço de Acolhimento em República:</b> Destinado a idosos que tenham capacidade de gestão coletiva da moradia e condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de autoajuda.</p> |

Fonte: COSAPI/DAPES/SAS/MS.

Entende-se que os objetivos dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica (PSB) são promotores de saúde e previnem agravos. Para a pessoa idosa eles contribuem para a manutenção da capacidade funcional, para seu envelhecimento saudável e para melhorar sua qualidade de vida. Assim, é fundamental o diálogo e o planejamento conjunto das ações no território entre as equipes da Atenção Básica e as equipes dos Cras.

É fundamental que as equipes da Atenção Básica da Saúde e as equipes do Cras somem esforços para a identificação das famílias com pessoas idosas nos territórios em que atuam de forma compartilhada, visando à orientação e ao apoio aos idosos em acompanhamento pela saúde. Resguardadas as competências de cada serviço, para o acompanhamento das pessoas idosas dependentes para a realização das ABVD (Perfil 3), o papel das equipes de saúde é ofertar o cuidado em saúde, sendo retaguarda para as equipes da PSB no domicílio, orientando os familiares/cuidadores e prestando os cuidados em saúde aos usuários. Para isso, orientam-se os gestores locais a construir fluxos intersetoriais no município.

Na Proteção Social Especial (PSE) temos os serviços socioassistenciais de média e alta complexidade. Na média complexidade, os serviços socioassistenciais são ofertados, em grande parte, nas seguintes unidades: Creas, Centro Pop e no Centro Dia, organizado por ciclo de vida para pessoas com deficiência em situação de dependência. Os Centros Dia têm o objetivo de ofertar um conjunto de atividades de apoio aos cuidados básicos de vida diária, complementares aos ofertados pelas famílias, e instrumentais de participação social, às pessoas idosas que possuem algum grau de dependência e suas famílias, importante para ampliação e qualificação dos cuidados familiares e para evitar a institucionalização do idoso. Dessa forma, os Centros Dia são essenciais para o apoio às pessoas idosas que possuem algum grau de dependência descritas nos perfis 2 e 3.

Na alta complexidade 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 (República, Casa-Lar e Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs) são moradias que fazem parte do território e, portanto, são

de responsabilidade das equipes da Atenção Básica e da Atenção Domiciliar o reconhecimento e o acompanhamento em saúde dos seus residentes.

Entende-se que a integração dos serviços socioassistenciais, da Proteção Social Especializada, com os serviços da Saúde é uma importante estratégia para o cuidado e a promoção de qualidade de vida de idosos frágeis e em vulnerabilidade social, contribuindo para a manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional. Assim, é fundamental o diálogo para avançar no planejamento e na implantação em conjunto de ações e serviços híbridos (socioassistenciais)<sup>11</sup> no território, entre a Assistência Social e a Saúde.

Além da articulação entre os serviços das redes SUS e Suas, é fundamental buscar também a articulação com outras políticas setoriais, dependendo das necessidades identificadas no território.

#### 4.3.7.2 Articulação com o sistema de justiça e direitos humanos

O Estatuto do Idoso regula os direitos assegurados às pessoas idosas, ou seja, às pessoas com 60 anos ou mais. 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:

##### » O Ministério Público:

As atribuições do Ministério Público em defesa do idoso são previstas no artigo n.º 74 do Estatuto do Idoso. Entre as competências do órgão, destacam-se: a) instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso; b) promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e officiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condições de risco; c) zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados ao idoso, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis; d) inspecionar as

<sup>11</sup> A Convenção Interamericana dos Direitos da Pessoa Idosa define os Serviços Socioassistenciais Integrados como: “Benefícios e prestações institucionais para atender às necessidades de tipo sanitário e social do idoso, com o objetivo de garantir sua dignidade e bem-estar e promover sua independência e autonomia”. Ou seja, o termo socioassistencial procura apontar a necessidade de integração entre os serviços SOCIOASSISTENCIAIS e os de SAÚDE “

entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas.

» **Defensoria Pública:**

A Defensoria Pública é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado. Ela tem o papel de fazer a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados. Em grande parte dos estados brasileiros existem as Defensorias Públicas especializadas nos direitos do Idoso e da Pessoa com Deficiência. Em geral, elas atuam prestando orientação sobre direitos e na defesa judicial e extrajudicial dos direitos dessas populações, quando ocorre violação de direitos.

» **Delegacias de Atendimento e Proteção à Pessoa Idosa e delegacias comuns**

São responsáveis por investigar denúncias e infrações penais cometidas contra as pessoas idosas.

#### **4.3.7.3 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, sejam cursos de educação de jovens e adultos (EJA), 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. 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.

#### **4.3.7.4 Articulação com a sociedade civil organizada**

A sociedade civil organizada também compõe importante ponto de referência da rede intersetorial para a promoção da proteção e cuidado integral às pessoas idosas. Destacamos o espaço de participação promovido pelos conselhos nacional, estaduais,

municipais e do Distrito Federal de defesa dos direitos da pessoa idosa. Tratam-se de órgãos paritários, formados por representantes do governo e da 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 (BRASIL, 2016). Os conselhos também podem incentivar e propor junto às autoridades competentes, a criação dos fundos especiais da pessoa idosa em sua instância político-administrativa (Lei n.º 8.842/1994 – Política Nacional do Idoso).

#### **4.3.7.5 Articulação com o esporte e o lazer**

A 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.



**5**

**AÇÕES NECESSÁRIAS  
PARA A  
IMPLEMENTAÇÃO DA  
LINHA DE CUIDADO DA  
PESSOA IDOSA NA RAS**

Como vimos, a articulação entre os diferentes pontos de atenção, que integram os diferentes níveis e ofertas de cuidado, a corresponsabilidade pelo cuidado entre os profissionais que integram a equipe multidisciplinar, a regulação dos fluxos a partir da trajetória do usuário na RAS, o apoio aos familiares e cuidadores, assim como a garantia de participação da pessoa idosa no seu cuidado, são fundamentais para que a atenção ofertada atenda de forma integral e integrada às necessidades das pessoas idosas. Da mesma forma, para a implementação da linha de cuidado, o gestor deve contemplar ações e iniciativas relacionadas à dimensão macro (organização da gestão) e micro (relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde). Nesse sentido é preciso:

- a)** Criar e garantir espaços colegiados de decisão, a exemplo de comitês gestores locais (regionais, estaduais e municipais), com a representação das principais instâncias decisórias, envolvendo os gestores das diferentes políticas públicas com interface com a promoção do envelhecimento saudável. Esse é um importante mecanismo de integração das políticas públicas na perspectiva da intersetorialidade, ou seja, a partir da necessidade de desenvolver e implantar amplo conjunto de ações que requerem o compartilhamento de responsabilidades entre diferentes setores. A partir da PNSPI, entende-se que devem compor os colegiados gestores as representações decisórias das seguintes políticas públicas: saúde, educação, assistência social e combate à pobreza, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano, habitação, transportes, justiça e direitos humanos, esporte e lazer.
- b)** Promover a integração da RAS, possibilitando a identificação de cada ponto de atenção (da primária à especializada), bem como a integração de suas equipes, tendo em vista a organização dos processos de trabalho e a articulação da RAS.
- c)** Ofertar e promover mecanismos para a educação permanente das equipes de saúde, garantindo espaços de discussão de casos clínicos do território, com todos os trabalhadores envolvidos no cuidado, para a construção e a condução do PTS, além da oferta continuada de materiais técnicos, cursos de atualização e formação em temas específicos e afins.
- d)** Garantir espaços de articulação intersetorial nos territórios, estreitando a interface entre gestores, trabalhadores e instâncias que operam políticas como a assistência social, direitos humanos, previdência, educação,

cultura, esporte, lazer, infraestrutura, transporte, para que juntos assumam a condução dos casos nos territórios e o compromisso com a busca de qualidade de vida no processo de envelhecimento.

- e) Promover a articulação com a sociedade civil organizada (Conselhos de Direitos, Conselhos de Saúde e outros), tendo em vista o envolvimento e a participação cidadã das pessoas idosas na promoção e na proteção de seus direitos, bem como na ampla promoção do envelhecimento saudável.
- f) Registrar e sistematizar informações sobre as condições de saúde da pessoa idosa para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões.
- g) Estabelecer instrumentos de gestão e definir indicadores para o monitoramento e a avaliação da implementação e resultados da linha de cuidado. Do ponto de vista nacional recomenda-se adotar como indicadores mínimos:
  - Proporção de pessoas idosas com avaliação multidimensional realizada, em relação ao número de idosos cadastrados na Atenção Básica.
  - Proporção de PTS elaborados em relação ao número de idosos acompanhados pelas Equipes da Atenção Básica.
  - Proporção de eAB/eSF capacitadas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa em relação ao número de equipes existentes na Atenção Básica.
  - Proporção de pessoas idosas com dependência para AVD (básicas e instrumentais) acompanhadas em seu domicílio pelas equipes da Atenção Básica (AD1 ou eSF ou eAB).
  - Proporção de pessoas idosas em reabilitação funcional sobre o total de idosos com dependência para as AVD (básicas e instrumentais).
  - Proporção de idosos que participam de atividades coletivas/grupais de promoção da saúde e prevenção de agravos realizadas pelas equipes da Atenção Básica.
  - Proporção de idosos que utilizam cinco ou mais medicamentos (polifarmácia) acompanhados pelas equipes da Atenção Básica.
  - Taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica.



# REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, T. S. Fragilidade: Sarcopenia, Dinapenia e o Treino Resistido em Idosos. In: PAPALÉO NETTO, Matheus; KIRADAI, Fábio Takashi (Org.). **A Quarta Idade: o desafio da longevidade**. São Paulo: Atheneu, 2015. v. 1, p. 209-219.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.

BELLINI, M. I. B et al. **Políticas Públicas e Intersetorialidade em Debate**. [201-?]. Disponível em: <[http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8133/2/evento\\_003%20-%20Maria%20Isabel%20Barros%20Bellini.pdf](http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8133/2/evento_003%20-%20Maria%20Isabel%20Barros%20Bellini.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispões sobre o Estatuto do Idoso e da outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça e Cidadania. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. **Quer um Conselho?: guia prático para a criação de conselhos e fundos estaduais e municipais de defesa dos direitos da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Anexo XII. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 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. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe\\_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U\\_PRC-MS-GM-3\\_280917.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U_PRC-MS-GM-3_280917.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Anexo III. Rede de Atenção às Urgências (RUE). Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe\\_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U\\_PRC-MS-GM-3\\_280917.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U_PRC-MS-GM-3_280917.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Capítulo III, Seção I Do Atendimento e Internação Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Anexo XXII. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2017g. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Título XI. Organização dos cuidados prolongados na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e as demais Redes Temáticas, no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017f. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U\\_PRC-MS-GM-3\\_280917.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U_PRC-MS-GM-3_280917.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Anexo VII, estabelece as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2017i. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U\\_PRC-MS-GM-3\\_280917.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U_PRC-MS-GM-3_280917.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Título IV, Capítulo I, Seção I - do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília: Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Anexo 4 do Anexo III, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Brasília: Ministério da Saúde, 2017h. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U\\_PRC-MS-GM-3\\_280917.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U_PRC-MS-GM-3_280917.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Orientações Técnicas**: centro de referência especializado de assistência social. Brasília: MDS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas**. Brasília: MDS, 2017. Versão Preliminar.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: MDS, 2014b.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG [on line]**, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/49768/24439>>. Acesso em: 15 maio 2018.

IBGE. **Brasil**: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Organizado por Adma Hamam de Figueiredo. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016.

\_\_\_\_\_. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Organizado por Leila Regina Ervati, Gabriel Mendes Borges e Antonio de Ponte Jardim. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. (Estudos e Análises. Informação demográfica e socioeconômica, n. 3).

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: 2015. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>>. Acesso em: 15 maio 2018.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. 1s-6s, 2017. Supl.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O Percurso da Linha de Cuidado sob a Perspectiva das Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Interface:** Comunic., Saúde, Educ., v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MANUAL do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br): elaboração de instrumento de classificação do grau de funcionalidade de pessoas com deficiência para cidadãos brasileiros. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção Primária no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médico ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 5, p. 13-17, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013) (2014). **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 20, n. 6, p. 1751-1762, 2015. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014>>. Acesso em: 15 maio 2018.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à Saúde do Idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_; AZEVEDO, Raquel Souza. **Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil**. Belo Horizonte: Folium, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra: OMS/WHO, 1946.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe Mundial sobre El Envejecimiento Y La Salud**. Ginebra: OMS, 2015.

\_\_\_\_\_. **Programas nacionales de lucha contra el cáncer**: directrices sobre política y gestión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

PASCHOAL, S. M. P. Independência e Autonomia. In: JACOB FILHO, W.; KIKUCHI, E. L. (Ed.) **Geriatría e Gerontología Básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 417-31.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública** 2001; v. 35, n. 1, p.103-109. Disponível em: <[www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)>. Acesso em: 15 maio 2018.

PINO-CASADO, Rafael del; OBRERO-GAITÁN, Esteban; LOMAS-VEGA, Rafael. The Effect of Tai Chi on Reducing the Risk of Falling: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Am. J. Chin. Med**, v. 44, n. 895, p. 895-906, 2016. <<https://doi.org/10.1142/S0192415X1650049X>>.

SILVA, A. M. M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista Saúde Pública**, v. 5, p.1s-5s, 2017. Supl.

SOARES, Flaviana D. S. et al. Características dos atendimentos de idosos realizados em casos de urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 3, n. 1, p. 129-147, jan./mar. 2016.

SUEMOTO, Cláudia Kimie et al. Association between cardiovascular disease and dementia. **Dement Neuropsychol**, v. 3, n. 4, p. 308-314, Dec. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dn/v3n4/1980-5764-dn-3-04-00308.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.

SZLEJF, C. et al. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo. **Einstein**, v. 6, p. 337-342, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Ginebra: WHO, 2014. Disponível em: <[http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2018.



# **GLOSSÁRIO**



**Acolhimento** – O acolhimento no campo da Saúde é constituído por algumas dimensões: como uma postura ético-política constitutiva dos modos de se produzir saúde, que pressupõe escutar o outro, implicar-se com ele; como uma forma de inclusão do usuário e ampliação do acesso, na medida em que pressupõe que todos sejam acolhidos de acordo com suas necessidades de saúde; como um dispositivo de (re) organização do processo de trabalho em equipe, isto é, provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar, exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e, neste caso, com as especificidades de saúde da pessoa idosa.

**Autonomia** – É um fenômeno de muitas dimensões, pode ser compreendida sob vários enfoques: da política, da organização dos poderes, das ciências, entre outras, e também no domínio do próprio indivíduo (autonomia pessoal e social), por isso, costuma-se falar em autonomias. Neste documento o termo é utilizado como a capacidade do indivíduo de decisão e comando sobre as próprias ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções.

**Avaliação multidimensional** – Processo diagnóstico estruturado de múltiplas dimensões realizado por equipe multiprofissional e de caráter interdisciplinar que serve para identificar as necessidades de saúde da pessoa idosa, suas vulnerabilidades ou habilidades dos pontos de vista clínico, psicossocial e funcional, com o objetivo de formular o Projeto Terapêutico Singular, coordenado e integrado, a curto, médio e longo prazos, visando, especialmente, à recuperação e/ou à manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa. Difere do exame clínico padrão por enfatizar a avaliação das capacidades cognitiva e funcional e dos aspectos psicossociais da vida das pessoas idosas e pela possibilidade de utilizar escalas e testes que permitem quantificar o grau de incapacidade.

**Atividades de Vida Diária (AVD)** – Compreendem as atividades básicas da vida diária (ABVD), bem como as atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

**Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)** – Aquelas ligadas ao autocuidado, como por exemplo banhar-se, vestir-se, alimentar-se, entre outras, as quais, em caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa a desempenhá-las.

**Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)** – Relacionam-se as atividades importantes para o desenvolvimento pessoal e social, como levar a vida da forma mais independente possível, favorecendo a integração e a participação do indivíduo no seu entorno, em grupos sociais, incentivando o associativismo, entre outros apoios. Relacionam-se com tarefas como preparar as refeições, limpar a residência, fazer compras, pagar contas, cuidar das próprias finanças, manter compromissos sociais, usar o telefone, usar meio de transporte, comunicar-se, cuidar da própria saúde e manter a sua integridade e segurança.

**Benefício de Prestação Continuada – BPC:** É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que garante a transferência mensal de um salário mínimo à pessoa idosa, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. O repasse é efetivado pelo INSS a partir de parceria com o MDS. Para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social.

**Benefícios Eventuais (BE)**, de acordo com o art. 22 da Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) – São provisões suplementares e provisórias que integram as garantias do Suas e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidades temporárias e de calamidade pública. A concessão e o valor do benefício são definidos pelos estados, Distrito Federal e municípios. Os critérios de acesso e os valores são estabelecidos em lei municipal ou distrital.

**Capacidade intrínseca** – Combinação dos recursos físicos e mentais de um indivíduo.

**Capacidade funcional** – Interação entre a capacidade intrínseca e os ambientes em que este indivíduo está inserido para a realização de atividades consideradas importantes para si e para sua sobrevivência.

**Centro Dia** – Serviço vinculado ao Sistema Único de Assistência Social (Suas), organizado por ciclo de vida para pessoas com deficiência e idosas, em situação de dependência.

**Centro de Referência da Assistência Social (Cras)** – É 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 e DF. 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.

**Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas)** – Unidade pública estatal de gestão municipal, do Distrito Federal ou de gestão estadual, quando da oferta regionalizada dos serviços de média complexidade. O Creas é o lócus de referência da oferta de trabalho social especializado no Suas às famílias e aos indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos.

**Cuidados de longa duração** – O termo “cuidados de longa duração” é amplamente definido como um conjunto de cuidados de saúde, pessoais e de serviços sociais, geralmente fornecido ao longo de um período, para pessoas com condições crônicas e com limitações funcionais. Inclui também apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido por um longo período de tempo a pessoas que o necessitam, independentemente da idade (Carta de Brasília).

**Declínio funcional** – É a perda da autonomia e/ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo. Por sua vez, a independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais principais: cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação. O declínio funcional é o principal marcador de fragilidade e de complicações que podem comprometer a autonomia e a independência da pessoa idosa.

**Dependência** – É a dificuldade para a realização de tarefas essenciais para uma vida independente, incluindo as atividades de autocuidado e domiciliares, com a necessidade de ajuda de outra pessoa.

**Determinantes Sociais** – Refere-se ao conceito de que as condições sociais das pessoas, tais como educação, habitação, situação econômica, emprego, trabalho, habitação, meio ambiente e outros, têm reflexo nas suas iniquidades em saúde. As intervenções sobre esses determinantes são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis (Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2011).

**Envelhecimento** – É um processo de desgaste caracterizado pela perda das reservas homeostáticas e pela diminuição da função de cada órgão, resultando numa diminuição da capacidade do organismo de se defender de desequilíbrios e agressões, sejam do próprio organismo ou do meio externo.

**Equipes multiprofissionais** – Modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

**Fragilidade** – Síndrome multidimensional que envolve interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, onde há diminuição da reserva energética e resistência reduzida aos estressores e resulta em maior vulnerabilidade e risco para desfechos clínicos adversos, tais como declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.

**Funcionalidade** – Equivale ao conceito de bem-estar e está ligada à presença de autonomia e independência, permitindo que o indivíduo cuide de si e faça a gerência da sua vida.

**Iatrogenia** – Evento ou doença não intencional causada por uma intervenção ou por omissão de uma intervenção ou procedimento de monitoramento por parte da equipe multiprofissional de saúde e que resulte em dano à saúde do paciente.

**Incontinência esfincteriana** – Perda involuntária de urina e fezes.

**Independência** – Capacidade de realizar algo com os seus próprios meios, sem a ajuda de outra pessoa. É entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros. Nos casos em que é necessária adaptação ou supervisão para realizar as atividades da vida diária, denomina-se de independência modificada.

**Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br)** – É um instrumento de classificação do grau de funcionalidade de pessoas com deficiência para cidadãos brasileiros, construído com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

**Intersetorialidade** – Lógica de gestão que perpassa diferentes âmbitos das políticas sociais e pressupõe uma articulação entre vários setores das diferentes políticas públicas. Sua prática se efetiva em um processo político, permeado de contradições, resistências, divergências, escassez de recursos, entre outros, mas que visa resultados sinérgicos em situações divergentes, com o objetivo de efetivar o direito dos usuários.

**Matriciamento** – Também chamado de apoio matricial, é um modo de produzir saúde onde duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica. Não se refere a um atendimento feito por um especialista nem de uma supervisão. Deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população.

**Multimorbidade** – Ocorrência de duas ou mais doenças/agravos crônicos em uma pessoa.

**Polifarmácia** – Uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes.

**Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)** – Homeopatia, medicina tradicional chinesa, acupuntura, auriculoterapia, massagem/automassagem, massoterapia, plantas medicinais, fitoterapia, termalismo/crenoterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, yoga, terapia comunitária integrativa, antroposofia aplicada à saúde.

**Prevenção primária** – Ação tomada para remover causas e fatores de risco de 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** – Ação realizada para detectar problema de saúde de um indivíduo ou população em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: rastreamento, diagnóstico precoce).

**Prevenção terciária** – 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 – IAM ou acidente vascular cerebral).

**Prevenção quaternária** – 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.

**Projeto Terapêutico Singular (PTS)** – Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito, grupo ou família, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, podendo ter apoio matricial. O projeto busca a singularidade como elemento central de articulação. Contém quatro momentos: 1) O diagnóstico: deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social sobre os riscos e a vulnerabilidade do usuário, considerando como o sujeito age diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, o trabalho, a cultura, a família e a rede social; 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazos, que serão negociadas com o paciente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor; 3) Divisão de responsabilidades: definir as tarefas de cada um com clareza; e 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

**Proteção Social Básica** – Desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada com o objetivo de prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e

fortalecer vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, entre outros) e fragilização de vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, entre outras).

**Proteção Social Especial** – Serviços destinados a famílias e indivíduos cujos direitos tenham sido violados e/ou ameaçados, requerem o acompanhamento familiar e individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas, comportam encaminhamentos efetivos e monitorados, apoios e processos que assegurem qualidade na atenção protetiva e têm estreita interface com o sistema de Garantia de Direito exigindo, muitas vezes, uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do Executivo. Podem ser organizados com base local em municípios com maior incidência da violação dos direitos ou por meio de serviços de referência regional, coordenados e executados pelos estados ou por intermédio de consórcios públicos entre os municípios. Na Proteção Social Especial estão previstos níveis de média e alta complexidade. Os serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade são aqueles que oferecem atendimento especializado às famílias e aos indivíduos com seus direitos violados nas situações em que os vínculos familiares e comunitários não foram rompidos, enquanto no caso dos serviços de Proteção Social Especial de alta complexidade tais vínculos já foram rompidos.

**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.

**Síndromes geriátricas** – Condições de saúde complexas que geralmente ocorrem na idade avançada, não entram na categoria de doenças específicas e geralmente são consequência de múltiplos fatores subjacentes e disfuncionais em vários sistemas orgânicos.

**Sistemas funcionais** – Os principais sistemas funcionais são a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação.

**Tecnologias duras** – Recursos tecnológicos voltados para a saúde centrados em exames, medicamentos, imagens e procedimentos.

**Tecnologias Assistivas** – Produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015).

**Território** – Compreende-se a noção de território em suas várias dimensões, tais como o “território físico” (material, visível e delimitado), o “território como espaço-processo” (construído cultural e socialmente, de forma dinâmica) e o “território existencial” (referido às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida). Na prática, é importante perceber como essas diferentes perspectivas coexistem, interpenetram-se e, às vezes, tencionam-se. Dessa forma, a noção de território não se restringe à delimitação espacial, mas constitui-se como um *território-vivo*, marcado pelas pessoas que ali vivem e suas relações sociais. É um espaço contraditório, que expressa, ao mesmo tempo, produção e reprodução das relações socioeconômicas, políticas e culturais, presentes na sociedade que ele abriga. Ao mesmo tempo é o lugar onde se produz e reproduz exclusão e violência e também onde se viabilizam oportunidades, onde as famílias e comunidade aglutinam forças e sinergia para o exercício da cidadania, na busca da efetivação dos seus direitos políticos e sociais. Esta visão plural de território permite compreendê-lo como espaço que conjuga vulnerabilidades e riscos – aos quais a comunidade está exposta – e potencialidades, cultura, história e valores; onde se configuram, por um lado, exclusão, perdas e isolamentos e, por outro, oportunidades, redes de solidariedade, movimentos sociais e organizações de defesa da cidadania oriundas das iniciativas populares. Nesse sentido, o território permite compreender a forma como as relações sociais se materializam num determinado espaço, as oportunidades e a exposição a riscos, que conformam potencialidades e vulnerabilidades próprias da dimensão territorial.



**Vulnerabilidade** – O conceito de vulnerabilidade é bastante amplo e pode ser aplicado em vários contextos. No campo da Saúde, estar vulnerável significa estar em risco de exposição ao adoecimento. A vulnerabilidade está diretamente relacionada ao contexto pessoal do indivíduo e ao seu contexto coletivo, produtores de maior ou menor susceptibilidade ao adoecimento. Ayres (2009) define três condições de vulnerabilidade: individual, social e programática. Vulnerabilidade individual refere-se ao grau e à qualidade da informação que cada indivíduo dispõe sobre as doenças e os agravos, a capacidade de elaboração dessas informações e a aplicação delas na sua vida prática; a vulnerabilidade social diz respeito a um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso a informações, aos serviços, a bens culturais, às restrições ao exercício da cidadania, à exposição à violência, ao grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, à educação e ao trabalho; a vulnerabilidade programática relaciona-se às ações que o poder público, a iniciativa privada e as organizações da sociedade civil empreendem, ou não, no sentido de diminuir as chances de ocorrência das enfermidades, assim como se refere ao grau e à qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção. A análise das condições de vulnerabilidade é essencial para o planejamento e o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Por outro lado, a Política Nacional de Assistência Social define a **vulnerabilidade social** como a materialização das situações que desencadeiam ou podem desencadear processos de exclusão social de famílias e indivíduos que vivenciem contexto de pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso a serviços públicos) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social, discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, entre outras.



**ANEXO – AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL/  
CADERNETA SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

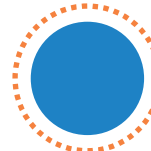


# META: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

## EIXO ESTRUTURANTE PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO

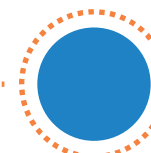
### AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL/ CADERNETA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Considera a integralidade da pessoa idosa nos seus aspectos biológicos, sociais, funcionais, culturais, econômicos, étnicos, raciais, de gênero, de orientação sexual.



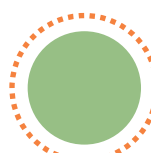
#### CAPACIDADE FUNCIONAL

Interação entre Capacidade intrínseca (recursos físicos e mentais) + fatores ambientais (físicos e sociais).



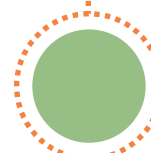
#### ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Desenvolvimento, manutenção e recuperação da capacidade funcional, independentemente da idade e da presença de doenças.



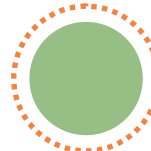
#### FUNCIONALIDADE

Realização das Atividades da Vida Diária – AVD.



#### AUTONOMIA

É a capacidade de decisão e de comando do indivíduo sobre suas ações.

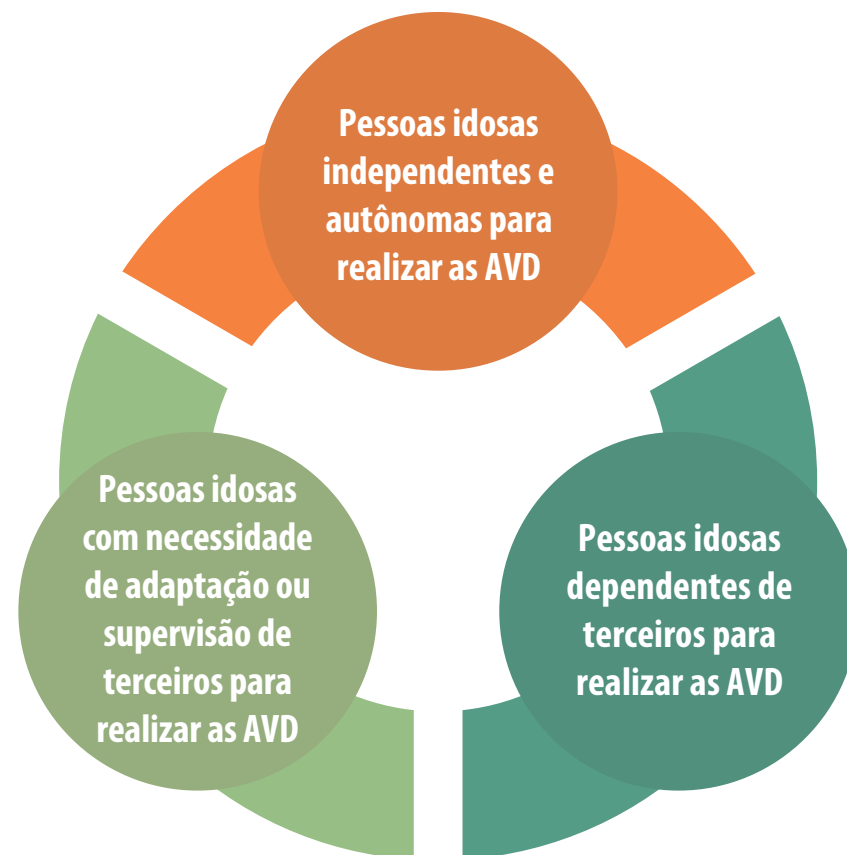


#### INDEPENDÊNCIA

É a capacidade de realização das AVD, sem ajuda ou com ajuda mínima.

# AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

## Identificação da População Idosa



### IDENTIFICAÇÃO SINAIS DE ALERTA

- ✓ **Multimorbidades (>ou = 5 diagnósticos)**
- ✓ **Polifarmácia (5 ou mais medicamentos/dia)**
- ✓ **Internações recentes (+ de 2 internações último ano)**
- ✓ **Incontinência urinária e fecal**
- ✓ **Quedas recorrentes (2 ou mais no último ano)**
- ✓ **Alteração da marcha e do equilíbrio**
- ✓ **Comprometimento cognitivo (memória/humor)**
- ✓ **Comprometimento sensorial (visão/audição)**
- ✓ **Dificuldades de comunicação**
- ✓ **Perda de peso não intencional**
- ✓ **2 ou mais quedas no último ano**
- ✓ **Morar sozinho(a)/insuficiência familiar**
- ✓ **Autocuidado negligenciado**
- ✓ **Redução da participação social e comunitária**
- ✓ **Suspeitas de violência/maus-tratos**

## FOCO DO CUIDADO NA CONSTRUÇÃO DO PTS

**PESSOAS IDOSAS  
INDEPENDENTES E  
AUTÔNOMAS PARA  
REALIZAR AS AVD**

- **Promoção e proteção da saúde (alimentação saudável, exercícios físicos etc.).**
- **Fortalecimento de vínculos e convivência familiar e comunitária.**
- **Prevenção de agravos.**
- **Controle de condições crônicas.**
- **Práticas Integrativas Complementares (PICs).**
- **Repetir avaliação multidimensional de acordo com a necessidade.**

**PESSOAS IDOSAS COM  
NECESSIDADE DE ADAPTAÇÃO  
OU SUPERVISÃO DE TERCEIROS  
PARA REALIZAR AS AVD**

- **Promoção e proteção da saúde.**
- **Prevenção secundária e quaternária.**
- **Reabilitação funcional.**
- **Cuidados paliativos.**
- **Fortalecimento de vínculos e convivência familiar e comunitária.**
- **Repetir avaliação multidimensional de acordo com a necessidade.**

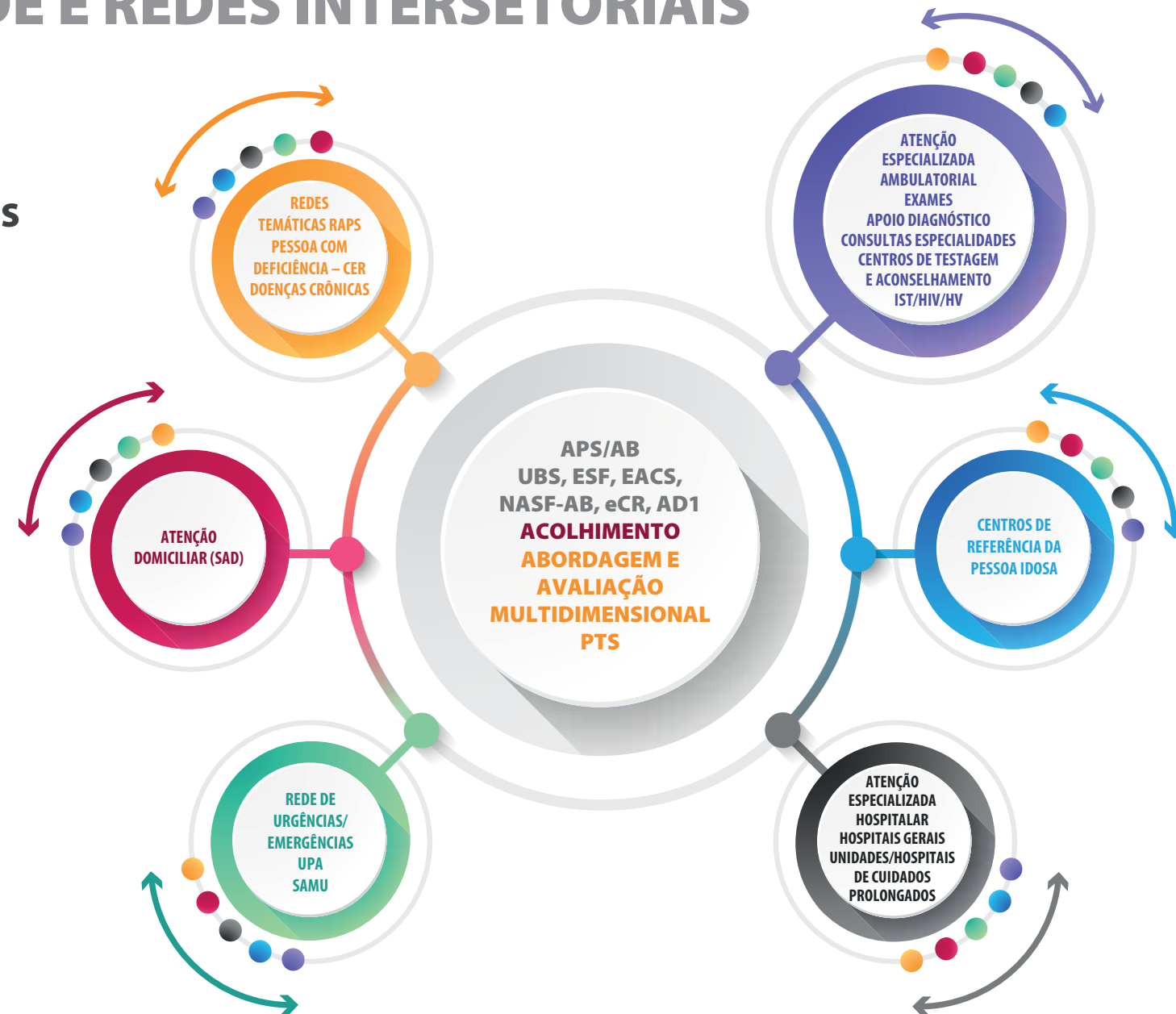
**PESSOAS IDOSAS  
DEPENDENTES DE TERCEIROS  
PARA REALIZAR AS AVD**

- **Promoção e proteção da saúde.**
- **Atenção domiciliar.**
- **Cuidados paliativos.**
- **Apoio a familiares e outros cuidadores.**
- **Reabilitação funcional.**
- **Prevenção quaternária.**
- **Fortalecimento de vínculos e convivência familiar e comunitária.**
- **Repetir avaliação multidimensional de acordo com a necessidade.**

## REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E REDES INTERSETORIAIS

### DISPOSITIVOS INTERSETORIAIS

- CRAS/CREAS
- REPÚBLICAS/ CASAS LAR/ILPI
- CENTROS-DIA
- CONSELHOS DE DIREITOS
- DISQUE-100/DISQUE-180
- EJA/UNIVERSIDADES
- PREVIDÊNCIA SOCIAL
- GERAÇÃO DE RENDA
- CENTROS DE CONVIVÊNCIA
- DELEGACIAS ESPECIAIS
- MINISTÉRIO PÚBLICO – PROMOTORIAS E DEFENSORIAS ESPECIALIZADAS
- CLUBES CULTURAIS E ESPORTIVOS
- ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL





ISBN 978-85-334-2648-1



9 788533 426481

DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE