

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

**ORIENTAÇÕES TÉCNICAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE LINHA DE
CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA
IDOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

BRASÍLIA, NOVEMBRO DE 2017.

Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/COSAPI

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Secretaria de Atenção à Saúde

Ministério da Saúde

O documento com as *“Orientações Técnicas para a Elaboração e Implantação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Pessoa Idosa no SUS”* está em processo de elaboração 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.

Elaboração, Organização e Revisão

Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann

Elizabeth Ana Bonavigo

Ana Lúcia Ferraz Amstalden

Colaboradores

Andrea Da Costa Aita

Ângela Pinto dos Santos

Camila Tiome Baba

Eliana Bandeira

Helena Cerveira Lopes

Iane Andrade Neves

João Bastos Freire Neto

João Paulo da Silva e Silva

Julia de Albuquerque Pacheco

Juliana Gonçalves Aguiar

Karla Cristina Giacomini

Karla Lisboa Ramos

Larissa Oliveira

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Leonardo Cavalheiro

Leslie Gomes Leite

Lucélia Silva Nico

Marco Polo de Freitas

Maria Luiza Ferreira

Mariana Borges Dias

Mariana Souza Silva

Miriam Di Giovanni

Natalia Vargas Patrocínio de Campos

Nubiara Coelho Alves Braga

Olavo de Moura Fontoura

Patrícia Barbará Dias

Priscilla da Silva Lunardelli

Sergio Marcio Pacheco Paschoal

Thiago Frank

Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel

Apoio

Divina Gomes D'Abadia Costa

Izonete Oliveira dos Santos

CONSULTA PÚBLICA

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 Dia – Serviço vinculado ao Sistema Único de Assistência Social, organizado por ciclo de vida para pessoas com deficiência e Idosas, em situação de dependência.

Centro Pop - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CER – Centro Especializado de Reabilitação

eCR– Equipe de Consultório na Rua

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

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

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

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

CONSULTA PÚBLICA

Sumário

INTRODUÇÃO	8
1. A TRANSIÇÃO DO PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO BRASILEIRO: O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E OS DESAFIOS AO SISTEMA DE SAÚDE	11
2. A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL: ESTRUTURANTE DO CUIDADO PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	15
3. COMO IMPLEMENTAR A LINHA DE CUIDADO À SAÚDE INTEGRAL DA PESSOA IDOSA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	22
3.1. ESTRATIFICAÇÃO DOS PERFIS DE FUNCIONALIDADE PARA FINS DO CUIDADO.....	25
3.1.1. Perfil 1 – Pessoas Idosas independentes e autônomas para realizar as atividades da vida diária	26
3.1.2. Perfil 2 – Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária	26
3.1.3. Perfil 3 - Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades da vida diária.....	27
3.2 – SINAIS DE ALERTA QUE PODEM COMPROMETER A CAPACIDADE FUNCIONAL.....	28
3.3. COMPETÊNCIAS DOS DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL.....	29
a) Atenção Básica	29
b) Atenção Domiciliar (AD).....	39
c) Atenção especializada ambulatorial e hospitalar.....	41
d) Atenção às urgências e emergências	42
e) Os cuidados prolongados	43
f) Cuidados Paliativos na RAS	44
g) A articulação intersectorial	46
4- AÇÕES NECESSÁRIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA RAS.	53
GLOSSÁRIO	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

INTRODUÇÃO

Este documento objetiva definir orientações técnicas aos estados, Distrito Federal e 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 funcionalidade, 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 (BRASIL, 2017) estabelece como meta a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera a **condição de funcionalidade¹ como um importante indicador de saúde** desta população. A PNSPI tem por finalidade promover, manter e recuperar a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e 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, 2014), 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 básica² e na especializada e a importância da articulação intersetorial.

No entanto, no que pesem as normativas e diretrizes já publicadas, muitos desafios permanecem. Apesar de alguns avanços, as pessoas idosas e suas especificidades permanecem muitas vezes invisibilizadas, provocando a perda de

¹ 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.

² No 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 GM/MS nº 2.436/2017**: “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”.

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

Além disso, 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 e de gênero; bem como o maior ou menor acesso à rede de atenção à saúde; contribuem para a maior heterogeneidade do processo de envelhecimento e, conseqüentemente, do segmento idoso brasileiro. Esse 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 para o cuidado integral e longitudinal nos diferentes pontos de atenção da rede, desde a atenção básica à especializada. O seu desenho prevê possíveis itinerários que o usuário/a fará, 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, tais como: a assistência social, as instituições da justiça e dos direitos humanos, as entidades e associações comunitárias, dentre outros, necessários à integralidade do cuidado.

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 e 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 das redes intersetoriais, quanto ao processo de envelhecimento e de cuidado da população assistida.

O documento apresenta no **primeiro 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 deverão nortear a organização do cuidado por parte dos gestores e equipes de saúde.

O **segundo capítulo** apresenta o conceito de envelhecimento saudável da Organização Mundial da Saúde (OMS) como meta a ser perseguida 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 **terceiro 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

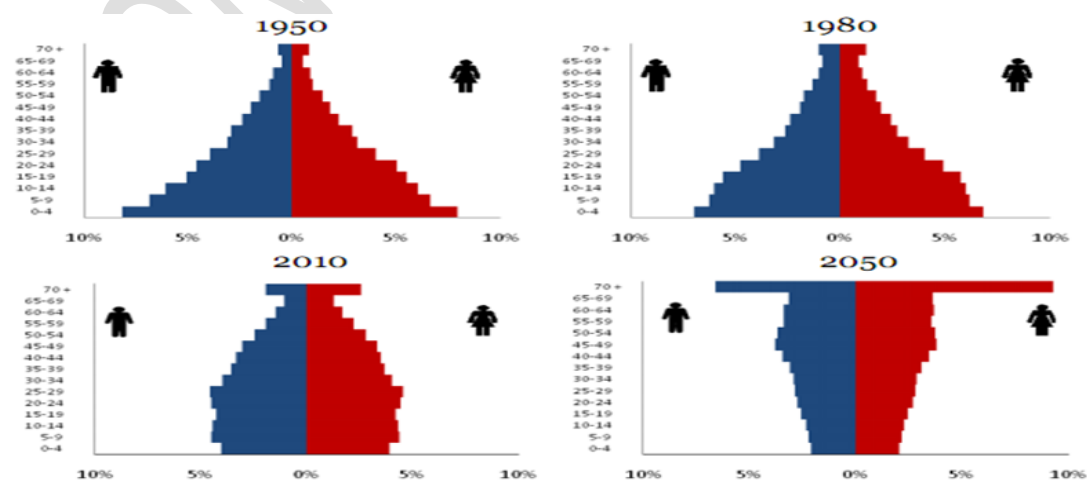
perfis de funcionalidade baliza a organização das ações a serem desenvolvidas em cada nível de atenção da RAS e por meio da articulação intersetorial.

O **quarto 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, tais como: educação permanente das equipes de saúde, 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.

1. 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 (PNAD, 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 e agravos crônicos não transmissíveis, como diabetes, doença arterial coronariana e doença pulmonar obstrutiva crônica, dentre outros, do qual decorre a crescente demanda por cuidados de longa duração.

Contudo, a população não envelhece de forma homogênea: há pessoas idosas absolutamente capazes de tomar suas próprias decisões e realizar as atividades da vida diária por si mesmas, ainda que apresentem agravos crônicos 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, mesmo que não sejam cronologicamente tão idosas. Assim, a presença de múltiplos problemas de saúde e a idade avançada não implicam, necessariamente, em 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.

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, oportunidades, decisões e 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 um idoso “típico”, nem um processo de envelhecimento igual para todos.

No Brasil, 69,9 % das pessoas acima de 60 anos possuem sua **autonomia e independência** preservadas para a realização de atividades consideradas fundamentais na vida diária, enquanto 30,1% apresentam limitação funcional, definida pela dificuldade para realizar pelo menos uma entre dez atividades básicas ou

instrumentais da vida diária (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 AVDs são subdivididas em:

- **atividades instrumentais da vida diária (AIVD)**, que envolvem habilidades para administrar o ambiente e aspectos relacionados à gerência da vida, que também se relacionam com a integração da pessoa na comunidade 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.
- **atividades básicas de vida diária (ABVD)** que 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).

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 AIVDs para, depois, experimentar dificuldades na realização das ABVDs. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013):

- 6,8% das pessoas idosas possuíam limitação funcional³ 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).

³ Como limitação funcional foi considerada a condição de não conseguir ou ter grande dificuldade para realizar a atividade relacionada.

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, dentre 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 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, é complexa porque não se trata de uma ação relacionada a um agravo, ou grupo de agravos, mas à limitação funcional, e ao nível de dependência de familiares ou de outros cuidadores para o exercício de suas atividades de vida.

A maior prevalência dos agravos crônicos não transmissíveis, as multimorbidades, a dinâmica e a complexidade das condições de independência e autonomia, as limitações funcionais, implicam em 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 hospitalar.

A revisão e a reorganização das políticas públicas devem ser consideradas com urgência e com o máximo de atenção pelos gestores das três esferas de governo. 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, as 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 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 redes intersetoriais, visando à coordenação do cuidado, redução de custos e otimização de recursos em todo o sistema.

,2. 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 que a saúde, a partir de uma compreensão ampliada, é mais do que a ausência de doenças e compreende outras dimensões do ser humano para além da dimensão biológica. Múltiplos fatores biológicos, 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 seu ambiente e na autonomia e independência com que realizam suas atividades da vida diária.

O *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde* (OMS, 2015), define o envelhecimento saudável como “o processo de **desenvolvimento e manutenção da**

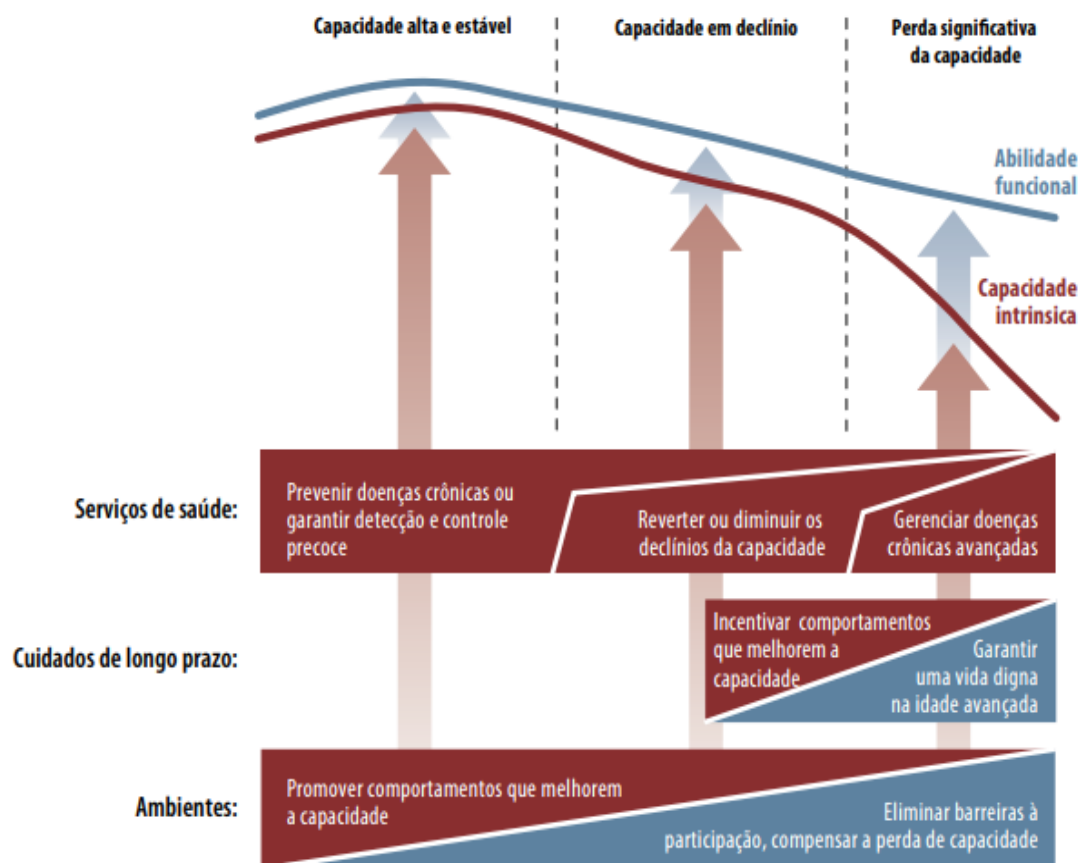
capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”. A **capacidade funcional** se define como a **interação** entre a **capacidade intrínseca** (recursos físicos e mentais do próprio indivíduo) e os **ambientes em que este indivíduo está inserido**, para a realização de atividades consideradas importantes para si e para sua sobrevivência.

Cerca de 25% da capacidade intrínseca 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 perseguida pelas políticas públicas. As ações e intervenções de saúde e das demais políticas públicas devem ser 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 abaixo, apresentado pela OMS, aponta oportunidades de intervenção no contexto da saúde pública, visando o envelhecimento saudável, de acordo com as capacidades intrínseca e funcional de cada pessoa. A OMS afirma que tendo em vista 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 agravos transmissíveis (como as infecções transmitidas sexualmente) e controle de agravos não transmissíveis (como diabetes e hipertensão). Além disso, práticas integrativas e complementares, como a yoga, meditação e acupuntura, dentre 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 o estabelecimento de agravos ou de condições crônicas que possam provocar declínio ou comprometer sua autonomia e independência.

Àqueles indivíduos que já apresentam algum declínio funcional, é necessário ofertar cuidados que revertam, diminuam ou retardem o máximo possível a continuidade desse curso. Para tanto, além de ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos, 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, especialmente no regresso ao lar, 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.

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 a 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 possível para uma melhor qualidade de vida no processo de envelhecimento.

A avaliação que considera múltiplas dimensões, ou seja, a **avaliação multidimensional** constitui-se, portanto, como ponto de partida para estruturar o cuidado às pessoas idosas. Em outras palavras, é a avaliação multidimensional que

possibilita uma “leitura” 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, questões relativas a processos psicológicos/subjetivos ou, ainda, situações sociais, econômicas e culturais podem trazer limitações para o exercício da autonomia e independência. Tal compreensão 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 perspectiva multidimensional, a **dimensão clínica** considera o histórico de saúde-doença por meio de uma anamnese ampliada e centrada no idoso, e o exame clínico tradicional, buscando identificar a presença de agravos crônicos e doenças agudas, as intervenções médicas já sofridas ao longo da vida, a quantidade e os tipos de medicamentos utilizados. O exame clínico permite avaliar o estado geral do indivíduo, detectando as deficiências, incapacidades e desvantagens, e identificando o dano ou lesão responsável por elas (COSTA; MONEGO, 2003).

A **dimensão psicossocial** enfatiza os aspectos relacionados à cognição, ao humor, ao entendimento da dinâmica familiar, ao suporte familiar e social, questões econômicas, culturais, ambientais, étnico-racial, de gênero, por tratar de aspectos que frequentemente interferem nas condições de saúde das pessoas. 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. Esses transtornos 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.

A **dimensão funcional** considera de forma objetiva se uma pessoa é capaz ou não de realizar atividades, utilizando diferentes habilidades, de modo a avaliar se consegue desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si. Esta dimensão busca averiguar a necessidade de auxílio, detectando se é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Ela 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 perspectiva multidimensional no contexto do envelhecimento saudável supera a lógica curativista e o olhar estritamente clínico sobre a população idosa. O envelhecimento saudável considera não apenas a ausência ou o controle de agravos crônicos ou de doenças, mas, principalmente, a manutenção da autonomia e da independência o máximo possível, evitando ou retardando o declínio das capacidades intrínsecas e funcionais, e garantindo a qualidade de vida em todas as etapas do envelhecimento.

Existem vários instrumentos que auxiliam na 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 primeira avaliação multidimensional. Ela possibilita o rastreio de eventos e contextos importantes para a identificação das reais necessidades de saúde, bem como do potencial de risco e graus de comprometimento da autonomia e independência, e o direcionamento de intervenções oportunas e adequadas em cada caso. As condições de saúde da pessoa idosa, identificadas a partir da aplicação da Caderneta, podem indicar a necessidade de uma avaliação multidimensional mais aprofundada, especialmente nas dimensões em que forem rastreados sinais de comprometimento.

Essa ferramenta possibilita aos profissionais e equipes de saúde 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 identificação desses fatores é fundamental para a elaboração de um projeto ou plano de cuidados específico, baseado nas reais necessidades de cada usuário.

Além disso, a Caderneta orienta os 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, essa ferramenta também é um recurso importante para a qualificação do cuidado diário, chamando a atenção também para a prevenção de agravos com orientações sobre prevenção de quedas, vacinação, alimentação saudável, saúde sexual e bucal, dentre outros pontos relevantes.

A abordagem multidimensional deve estar presente 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. Com a identificação de suas necessidades, o contexto de ocorrências de quedas pode ser melhor compreendido, gerando intervenções mais apropriadas no seu seguimento pela rede, inclusive no nível primário de atenção.

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. 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 e, nesse sentido, a Atenção Básica, por se situar mais próxima do indivíduo, tem papel privilegiado na avaliação desses fatores.

A Caderneta de Saúde da 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. Além disso, a Caderneta possibilita o aprofundamento da avaliação de uma determinada situação e intervenções oportunas, a depender dos sinais de alerta identificados.

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 permite a formulação do plano de cuidados ou do **projeto terapêutico singular (PTS)**, coordenado e integrado, a curto, médio e longo prazo, visando especialmente à recuperação e/ou à manutenção da capacidade funcional.

O PTS deve prever intervenções no campo clínico, psicossocial e funcional que permitam preservar ou recuperar a autonomia e independência das pessoas idosas, bem como identificar situações que demandam intervenções urgentes, representando eventos sentinelas que indiquem 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.

Às pessoas idosas a abordagem multidimensional 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 uma demanda desnecessária por procedimentos e medicamentos. Via de regra, a busca desorientada por serviços, profissionais e intervenções das mais diferentes ordens é um dos elementos de estresse da pessoa idosa, bem como de 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, se faz necessária a organização e coordenação do cuidado na RAS, e que se definam as competências e 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.

3. COMO IMPLEMENTAR A LINHA DE CUIDADO À SAÚDE INTEGRAL DA PESSOA IDOSA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

De acordo com o Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 20 de setembro de 2017, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, a RAS é definida como arranjos organizativos de

ações e 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.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, 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 nas 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 sistema, 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.

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 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 contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de 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, os serviços de atenção primária devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

Para a organização e planejamento da atenção à pessoa idosa, considerando a imensa diversidade de condições e de capacidades funcionais dos indivíduos, é necessária a adoção da avaliação multidimensional, que permite a identificação das necessidades de saúde e estratificação da 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, a partir de uma compreensão e avaliação multidimensional, é útil tanto para a organização de ações de saúde dirigidas ao coletivo, contemplando as necessidades gerais dos diferentes perfis da população, como para identificar e planejar intervenções específicas, voltadas a cada sujeito singular. O olhar “macro” permite a estruturação de políticas públicas amplas, ofertando cuidados gerais e coletivos. Por outro lado, o olhar “micro” leva à identificação das condições e necessidades de cada sujeito, em sua singularidade, permitindo a construção de projetos terapêuticos específicos. O olhar para cada indivíduo permite identificar sinais de alerta, ou eventos sentinela, 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 e **acolhimento** desta população adscrita aos territórios de responsabilidade sanitária de cada equipe da Atenção Básica. As eSF, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), as equipes dos Nasf-AB, assim como equipes de Consultórios na Rua e das Unidades Básicas de Saúde, sendo as primeiras instâncias de acesso da população ao sistema de saúde, devem realizar o mapeamento da comunidade e das suas necessidades de saúde.

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 abordagem e avaliação multidimensional da população idosa do território, teremos um panorama dos perfis dos indivíduos da comunidade, de acordo com sua funcionalidade. 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.

3.1. ESTRATIFICAÇÃO DOS PERFIS DE FUNCIONALIDADE PARA FINS DO CUIDADO

O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo (MORAES, 2012). A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades de vida diária sem ajuda, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças. Bem-estar e funcionalidade são equivalentes. A independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos sistemas funcionais principais: Cognição, Humor, Mobilidade, Comunicação. Quanto maior for a complexidade das AVDs, maior será a necessidade do funcionamento adequado desses sistemas funcionais.

O comprometimento dos principais sistemas funcionais contribui significativamente para as incapacidades e, por conseguinte, para as grandes síndromes geriátricas: Incapacidade cognitiva, Instabilidade postural, Imobilidade, Incontinência esfincteriana, Incapacidade comunicativa, Iatrogenia e Insuficiência familiar. A presença destas incapacidades é o principal preditor de mortalidade, hospitalização e institucionalização em idosos (Moraes, 2012).

Assim, 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 uma estratificação de **3 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.

3.1.1. Perfil 1 – Pessoas Idosas independentes e autônomas para realizar as atividades da vida diária

Em torno de 70% das pessoas acima de 60 anos têm a autonomia e independência preservadas e, embora possam apresentar alguma condição crônica, não estão limitadas ou incapacitadas para o desempenho de suas atividades diárias. Essa condição deverá ser acompanhada, visando mantê-la; no entanto, se reconhece a possibilidade de processos agudos que demandem algum tipo de intervenção.

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

Os PTS para os indivíduos desse grupo devem contemplar, especialmente, ações de promoção e proteção da saúde e ações de prevenção de agravos transmissíveis e não transmissíveis, a serem realizados na Atenção Básica. Com isso, espera-se evitar condições crônicas ainda 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 oferecem melhores prognósticos.

Eventualmente, as pessoas identificadas nesse perfil podem necessitar de recursos da atenção especializada. Nesses casos, os profissionais da Atenção Básica devem, ao reconhecer tal necessidade, buscar a complementaridade do cuidado na RAS.

3.1.2. Perfil 2 – Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária⁴

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 da 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 uma lupa para

⁴ A caracterização desse perfil foi baseada na escala de pontuação do Índice de Funcionalidade Brasileiro – IF-Br.

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 AVDs, isto é, tem uma independência modificada.

b) Realizam as atividades com auxílio de terceiros: nesses casos, as pessoas idosas conseguem realizar as AVDs com algum preparo ou alguma supervisão de terceiros. Há necessidade do auxílio de outra pessoa para a 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 um 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 dente, etc.

Sendo assim, embora apresentem declínio funcional e dificuldades para a realização de AVDs de forma independente, conseguem realiza-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. Neste sentido, o PTS deve ter como foco a manutenção das funções ainda preservadas e a reabilitação dos aspectos comprometidos (físicos e/ou cognitivos).

3.1.3. 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 AVDs sozinhas e são 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 um 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.

3.2 – SINAIS DE ALERTA QUE PODEM COMPROMETER A CAPACIDADE FUNCIONAL

É muito importante que, já na avaliação multidimensional de rastreio 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 funcional na pessoa idosa, comprometendo a sua autonomia e independência para a realização das AVDs e, por conseguinte, sua qualidade de vida.

Dentre os sinais de alerta destacam-se:

- ❖ Multimorbidades/Polipatologias (≥ 5 diagnósticos)
- ❖ Polifarmácia (≥ 5 medicamentos/dia)
- ❖ Internações recentes (mais de 2 internações nos últimos 6 meses)
- ❖ Incontinência urinária e/ou fecal
- ❖ Quedas recorrentes (2 ou mais nos últimos 12 meses)
- ❖ Alteração de marcha e equilíbrio
- ❖ Comprometimento cognitivo

Comprometimento sensorial (visão, audição) e dificuldades de comunicação

- ❖ 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

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 em (MORAES, s/d):

1. Suspensão de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas inadequadas (desprescrição) – prevenção quaternária;
2. Definição de metas terapêuticas individualizadas conforme o estrato clínico-funcional, isto é, 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 é mais eficaz que priorizar o tratamento de doenças crônicas específicas. Isto não significa rechaçar a utilidade do 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. Esse 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.

3.3. 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 em rede intra e intersectorial, possibilitam a integralidade do cuidado.

a) 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 Nasf-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, a partir da compreensão multidimensional das condições e necessidades das pessoas idosas.

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 da comunicação e articulação entre os profissionais das equipes de referência, equipes de NASF, equipes de Consultório na Rua e profissionais que atuam em diferentes estratégias e programas desse nível de atenção.

Os Nasf - AB exercem um papel fundamental de apoio, matriciamento, suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das equipes de atenção básica/saúde da família. Compete também aos Nasf-AB participar do planejamento conjunto das ações, realizar a gestão das filas de espera, 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 Nasf-AB ajudam a evitar a prática do encaminhamento desnecessário.

O Programa Academia da Saúde 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, Exercícios de Fortalecimento Muscular, Exercícios de Equilíbrio e Coordenação motora, entre outras,

como a promoção da 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 aos procedimentos. Ao se indicar os diversos recursos terapêuticos (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, dentre outras), devem-se considerar as especificidades de cada caso.

Além disso, as PICS podem oferecer cuidado para queixas específicas como dores crônicas, depressão, ansiedade, entre outros agravos. 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).

Quando se esgotam os recursos disponíveis na atenção básica, seja para realizar a avaliação multidimensional mais aprofundada 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 para atenção à saúde da pessoa idosa, cabe às equipes destes Centros realizar não somente o atendimento dos casos encaminhados, mas também o matriciamento e capacitação das equipes da APS.

Nos Estados onde não há Centros de Referência em Saúde da Pessoa Idosa, recomenda-se a utilização do serviço de Teleconsultoria do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes por parte das equipes de APS. Este serviço é regulamentado (Portaria GM/MS nº 2.546/2011) 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 uma recuperação mais rápida e efetiva.

Enfim, é fundamental 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:

1. Para os idosos independentes e autônomos, descritos no perfil 1:

O objetivo é continuar fomentando e mantendo os níveis de capacidade funcional pelo maior tempo possível. Para isso, a ênfase deve ser prevenir as doenças e reduzir os riscos, promovendo condutas que melhorem a capacidade; garantir o correto tratamento dos problemas agudos e detectar e tratar as doenças crônicas em sua fase inicial.

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

- incentivar e criar alternativas para trabalhar hábitos de alimentação saudável. A orientação nutricional nesta fase da vida também deve mudar. 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 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;
- realizar campanhas e orientar as pessoas idosas, suas famílias e cuidadores sobre a prevenção de quedas;
- promover atividades grupais e coletivas na comunidade, importantes para a socialização e prevenção de transtornos de humor provocados pelo isolamento e pela solidão;
- promover vínculos e a convivência familiar e comunitária, incentivo à participação social e intergeracional;

- promover 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 e a prática de meditação contribui para o controle de hipertensão arterial, entre outras;
- realizar orientações sobre a saúde sexual e 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 promoção da saúde, entre outras ações.

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. Desta forma pode articular e realizar atividades conjuntas, compartilhando a construção/efetivação do PTS com:

- as equipes dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) que promovem os serviços socioassistenciais: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), 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 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, dentre outros.

Do ponto de vista individual, é imprescindível:

- A detecção e 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 um 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 virais, 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. 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;
- investigar e acompanhar longitudinalmente as pessoas idosas com problemas cognitivos identificados na avaliação de rastreio.

Contudo, as doenças e agravos citados não podem ser vistos isoladamente, 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.

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, poderá solicitar o apoio de uma equipe multidisciplinar, capacitada em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, para aprofundamento da Avaliação Multidimensional. Esta equipe pode estar lotada em diferentes pontos de atenção, 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 Nasf-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 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 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 o exercício que ajuda a desenvolver massa muscular, aumentar a força e melhorar o equilíbrio se torna cada vez mais importante na medida em que a pessoa envelhece.

Além disso, é preciso desenvolver ações de prevenção secundária, buscando identificar doenças assintomáticas precocemente, 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 tem demonstrado que reduz 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 Nasf-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 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 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.

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 dessas pessoas idosas demandarão intervenções conjuntas entre as equipes da atenção primária e as equipes de serviços especializados. O suporte e orientações contínuos a familiares e outros 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 ABVDs.

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 procedimentos especializados deverão ser regulados pelas equipes da atenção primária, mas a atuação conjunta, seja pelo envolvimento direto das equipes especializadas, seja pelos processos de matriciamento, é uma condição apontada pelas necessidades 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 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.

b) Atenção Domiciliar (AD)

Os serviços de atenção domiciliar têm um 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, 2017).

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. 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 NASF, 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

Modalidade AD1	Modalidade AD2/AD3 Melhor em Casa (SAD) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
-----------------------	--

Atenção Básica	(EMAD) Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)
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>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, 2016

São considerados critérios de **inelegibilidade** para a AD, o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações, que inviabilizam o cuidado no domicílio e, portanto, demandam a internação em outros pontos da RAS (BRASIL, 2016):

- Necessidade de monitorização contínua;
- Necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- Necessidade de uso de 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 retaguarda para estes procedimentos.

Assim, para as pessoas idosas que necessitem de apoio para realizar atividades da vida diária (perfil 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 singularidade do envelhecer.

c) 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 depender da patologia 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 e outras. É necessário que se estabeleçam protocolos de avaliação de risco e a caracterização dos perfis funcionais descritos, considerando as prioridades definidas no Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), tal como a prioridade para os idosos com idade acima de 80 anos (artigos 3º, 15º e 71º).

Uma parcela dos pacientes apresentará alto grau de complexidade e múltiplas necessidades e necessitará de serviços ambulatoriais especializados ou de Centros de

Referência para atenção à saúde da pessoa idosa, com acesso a procedimentos de alta densidade tecnológica para manejo efetivo de sintomas.

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.

d) 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, 2017). 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.

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.

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 uma 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 hierarquização do sistema (Portaria GM/MS nº 2657, de 16 de dezembro de 2004).

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 rede de urgência e emergência com qualidade e humanização, segundo as diretrizes da PNH, por meio da regulação que respeite as especificidades dessa população e garanta a integralidade da atenção, ao estabilizar o quadro agudo e articular com a Atenção Básica para a continuidade do cuidado.

e) Os cuidados prolongados

A Portaria GM/MS Nº 2.809/2012 estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e as demais Redes Temáticas, as Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) e os Hospitais de Cuidados Prolongados (HCP). A organização das UCP se constitui numa 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.

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 potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Segundo a portaria, são considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar.

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 (Perfil 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.

f) Cuidados Paliativos na RAS

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 através 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 com o paciente é ofertada desde o diagnóstico de uma doença grave, 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. Ao invés disso, entende-se que, nessas situações, o foco do cuidado precisa ser alterado. No contexto de terminalidade, deve-se primar pelo controle dos sintomas e pelo investimento em cuidados que tragam bem-estar, qualidade de vida e dignidade para o paciente e sua família nessa fase da vida, através 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 plano terapêutico singular 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 peças fundamentais desse processo e também necessitam de atenção especial para lidarem com a deterioração e 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. Cuidados Paliativos é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes, nos diferentes ciclos de vida, e 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 impecável 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).

g) A articulação intersetorial

Além das equipes e dos equipamentos de saúde, existem outros serviços que atendem pessoas idosas em cada território. A gestão local deve articular esses pontos de atenção, estabelecendo um fluxo permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município e região de saúde. É importante que essa articulação seja dialógica e implique em responsabilização mútua para a rede de cuidados e de proteção integral às pessoas idosas em cada território.

A articulação intersetorial dentro da Linha de Cuidado para a Atenção integral à Saúde das Pessoas Idosas conforma diretrizes orientadoras que partem de uma concepção de trabalho conjunto, dialógico e articulado. 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 e 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 prevenção de agravos, vinculadas ao território.

No âmbito do acompanhamento individual, quando 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 mais integral.

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

Algumas questões notoriamente implicadas na autonomia e na qualidade de vida das pessoas idosas podem apontar a necessidade de uma relação mais estreita do

serviço de saúde com os serviços socioassistenciais vinculados à rede do SUAS, com as políticas de Educação, Trabalho, Previdência Social, Habitação, Transporte, Cultura, entre as quais se destacam: o acesso a uma política de cuidados de longa duração, à tecnologias assistivas, à reabilitação e reabilitação profissional e a benefícios previdenciários e socioassistenciais; à moradia, ao transporte, à cultura e lazer, entre outros acessos.

De maneira geral, a articulação intersetorial local se define a partir da interpretação e da análise dos dados socioeconômicos, epidemiológicos, do contexto das pessoas idosas, das famílias, dos territórios. Nesse sentido, as informações coletadas por meio da avaliação multidimensional de cada pessoa idosa, registradas e sistematizadas, seja em meio físico ou eletrônico, juntamente com outros dados do território, organizados a partir de outras fontes locais e de outras políticas setoriais, podem dar a direção dos fluxos nos territórios e dos compromissos intersetoriais a serem incluídos no planejamento das ações a serem desenvolvidas, assim como dos processos de monitoramento dos PTS e dos encaminhamentos que transitam pelas redes intra e 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 instituem um espaço gestor para esta 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 do **SUAS** e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa do **SUS**, apresentados no quadro abaixo, recomendam-se algumas possibilidades de articulação no nível local.

g.1. Articulação com os serviços socioassistenciais do SUAS

Quadro 2 – Pontos de convergência entre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa 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"> ✓ Noção ampliada de saúde como bem-estar biopsicossocial e não apenas como ausência de doenças. ✓ Tem como foco as necessidades de saúde da pessoa idosa ✓ Recomenda a avaliação multidimensional para identificação destas necessidades e construção de PTS. ✓ Recomenda o planejamento das ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de agravos, com base no estudo do território vivo, suas relações e necessidades. ✓ Tem como meta o envelhecimento saudável entendido como a preservação e/ou recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa. ✓ Tem como objetivo primordial: manter e/ou recuperar a capacidade funcional da pessoa idosa, sua autonomia e independência na busca de uma melhor qualidade de vida e 	<p>1. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF): 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>2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: 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>3. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. Tem como objetivos do serviço: 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 abrigo 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>4. Acesso ao Benefício da Assistência Social de Prestação Continuada (BPC/LOAS) e aos Benefícios Eventuais</p> <p>Serviços da Proteção Social Especial (PSE):</p> <p>a) Média complexidade:</p> <p>1. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI):</p>

participação social.	<p>Atende a famílias e indivíduos em situação de risco e/ou com direitos violados.</p> <p>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>2. Serviço Especializado em Abordagem Social: 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> <p>3. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias:</p> <p>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>4. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua: 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) Alta complexidade:</p> <p>1. Serviço de Acolhimento Institucional: Casa-Lar (unidades residenciais de até 10 idosos) e ILPIs (até 4 idosos por quarto)</p> <p>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>2. Serviço de Acolhimento em República: destinada a idosos que tenham capacidade de gestão coletiva da moradia e condições de desenvolver, de forma</p>
----------------------	--

	independente, as atividades da vida diária, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de autoajuda.
--	---

Entende-se que os objetivos dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica são promotores de saúde e previnem agravos à saúde. 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 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 busquem a articulação para a identificação das famílias com pessoas idosas nos territórios compartilhados, visando à orientação e ao apoio aos idosos em acompanhamento pela saúde. Resguardadas as competências de cada serviço, para o acompanhamento das pessoas idosas estratificadas no Perfil 3 descrito neste documento, o papel das equipes de saúde é ofertar o cuidado em saúde, sendo retaguarda para as equipes da PSB no domicílio, orientando os 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 tem 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. Desta forma, os Centros Dia são essenciais para o apoio às pessoas idosas que possuem algum grau de dependência descritas nos perfis 2 e 3 deste documento.

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, orienta-se que os órgãos gestores dessas duas políticas desenvolvam estratégias conjuntas e elaborem 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 é de responsabilidade das equipes da atenção básica e da atenção domiciliar o reconhecimento e o acompanhamento em saúde dos seus residentes.

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, entre elas destacam-se:

g.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 nº 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 oficiar 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 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.

g.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.

g.4. Articulação com a sociedade civil organizada

A sociedade civil organizada também compõe um importante ponto de referência da rede intersetorial para a promoção da proteção e cuidado integral às pessoas idosas. Destacamos o espaço de participação promovido pelos Conselhos nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal de defesa dos direitos da pessoa idosa. Trata-se de órgãos paritários, formados por representantes do governo e sociedade civil que podem desempenhar importante papel de proposição, deliberação e avaliação de políticas públicas voltadas para a população idosa. Sua natureza deliberativa significa que o colegiado tem autoridade e competência para intervir, formular, propor alterações, acompanhar políticas públicas e ações privadas destinadas ao atendimento da pessoa idosa (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 nº 8.842/1994 – Política Nacional do Idoso).

4- 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 co-responsabilidade 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, serão 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). Neste sentido é preciso garantir:

- a. Espaços colegiados de decisão intrasetorial e intersetorial, para organização dos processos de trabalho e articulação das redes, a exemplo de comitês gestores locais, com a representação das principais instâncias decisórias;
- b. Educação permanente das equipes de saúde, por meio da garantia de espaços de discussão de casos clínicos do território, com a participação de todos os envolvidos no cuidado, com o objetivo de orientar a condução do PTS, além da oferta continuada de materiais técnicos, cursos de atualização e formação em temas específicos e afins;
- c. Garantia de espaços de articulação intersetorial nos territórios, estreitando a interface com outras políticas como a assistência social, direitos humanos, previdência, educação, cultura, infraestrutura, transporte, para que juntos assumam o compromisso com a busca de qualidade de vida no processo de envelhecimento.
- d. Articulação com a sociedade civil organizada (Conselhos de Direitos, Conselhos de Saúde, etc);

e. Registro e sistematização de informações sobre as condições de saúde da pessoa idosa para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões;

f. Definição de indicadores para o monitoramento e 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 inicial de rastreio 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 pessoas idosas com dependência para AVDs acompanhadas em seu domicílio pelas equipes da Atenção Básica (AD1 ou eSF ou eAB);
- 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 5 ou mais medicamentos (polifarmácia) acompanhados pelas equipes da atenção básica;
- Taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, 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. Diário Oficial da União, Brasília, 6 de janeiro de 1994.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, nº 192, 3 de outubro de 2003.

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 2011, 29 jun.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. 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 Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. 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 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 – Anexo III. Rede de Atenção às Urgências (RUE).

BRASIL. 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)

BRASIL. 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.

BRASIL. 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017 – Anexo XXII - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

BRASIL: Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 – 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.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Brasília: MDS, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Reimpressão 2014. Brasília: MDS, 2014.

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

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

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. - Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003 on line* (www.proec.ufg.br)

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

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

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciclos de Vida. Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Ver. Saúde Pública*. 2017; 51 Supl 1:6s.

Malta DC, Merhy, EE. 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.

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.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. 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. 1999; 10(5):13-17.

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

MORAES, Edgar Nunes; AZEVEDO, Raquel Souza. Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil. Belo Horizonte: Folium, 2016.

OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Genebra: OMS/WHO, 1946.

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

OMS. Informe Mundial sobre El Envejecimiento Y La Salud. Genebra: OMS, 2015.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública 2001;35(1):103-9 103 www.fsp.usp.br/rsp. Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

SILVA, AMM; MAMBRINI, JVM, PEIXOTO, SV; MALTA, DC; LIMA-COSTA, MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. Revista Saúde Pública. 2017;51 Supl 1:5s

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

SZLEJF, C; FARFEL, JM; SAPORETTI, LA; JACOB-FILHO, W; CURIATI, JA. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermagem geriátrica: estudo prospectivo. Einstein 2008; 6: 337-342.

WHO e WPCA. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Genebra: WHO, 2014. <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>

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. (Moraes e Azevedo, 2016 – Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil).

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 a 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 1 (um) salário mínimo à pessoa idosa, com 65 (sessenta e cinco) 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 (OMS, 2015)

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 (OMS, 2015).

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 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, independente da idade (Carta de Brasília).

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 (PEDUZZI, 1998).

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 independência da pessoa idosa (Moraes e Azevedo, 2016).

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. (Moraes e Azevedo, 2016 – Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil)

Determinantes Sociais – se refere 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) http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf

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 (Moraes, 2012).

latrogenia – 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. (Szejf et. al, 2008) <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/09.pdf>

Independência – capacidade de realizar algo com os seus próprios meios, sem a ajuda de outra pessoa (Moraes e Azevedo, 2016). 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 CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde).

Incontinência esfinteriana – perda involuntária de urina e fezes.

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 dois ou mais agravos crônicos em uma pessoa.

Polifarmácia – uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes (Moraes e Azevedo, 2016).

Prevenção primária – ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade).

Prevenção secundária – ação realizada para detectar um 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 prazo, 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. (Ministério da Saúde, 2007) http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

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, dentre outros) e fragilização de vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

http://www.mds.gov.br/suas/guia_protecao

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.

http://www.mds.gov.br/suas/guia_creas

Sarcopenia – síndrome clínica caracterizada pela perda progressiva e generalizada de massa muscular esquelética e da função muscular, representada pela redução de força muscular e desempenho funcional, o que pode gerar efeitos adversos como queda, dependência funcional, hospitalização, institucionalização e morte (Moraes e Azevedo, 2016 – Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil).

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 (OMS, 2015).

Sistemas funcionais – os principais sistemas funcionais são a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação (Moraes, 2012).

Tecnologias duras – recursos tecnológicos voltados para a saúde centrados em exames, medicamentos, imagens e procedimentos (Malta e Merhy, 2010).

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 13.146, de 06 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, se interpenetram e, às vezes, se tensionam. Desta 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 (MDS, 2011).

ANEXO

CONSULTA PÚBLICA

META DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA
PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

CAPACIDADE FUNCIONAL

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

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

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

EIXO ESTRUTURANTE PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

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

FUNCIONALIDADE

Realização das Atividades da Vida Diária – AVD

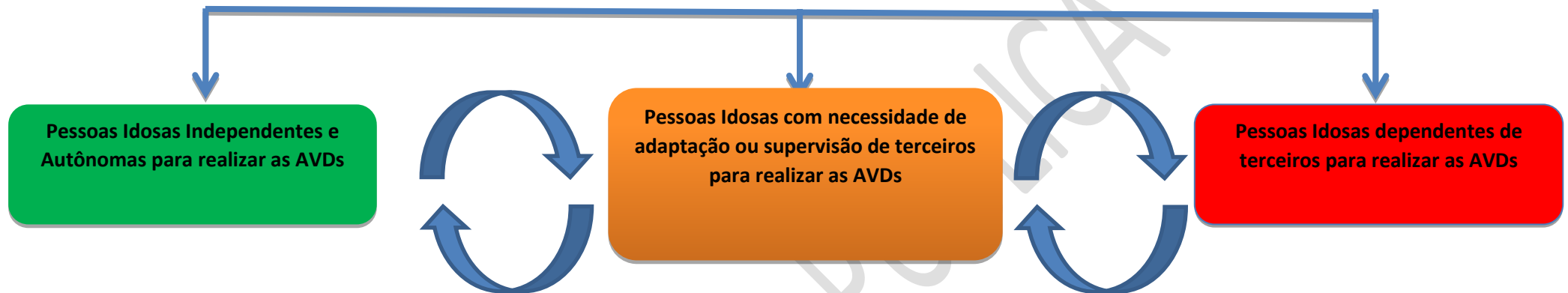
AUTONOMIA

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 equilíbrio
- ✓ Comprometimento cognitivo (memória/humor)
- ✓ Comprometimento sensorial (visão/audição)
- ✓ Dificuldades de comunicação
- ✓ Perda de peso não intencional
- ✓ 02 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 AVDs

- 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 rastreio em até 12 meses (caderneta e ficha espelho)

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

- 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 rastreio em até 06 meses

PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES DE TERCEIROS PARA REALIZAR AS AVDs

- 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 rastreio em até 06 meses

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA RAS



