



# **Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa**

### **SECRETÁRIO DA SAÚDE**

Jean Rodrigues da Silva

### **DIRETORIA TÉCNICA DE MEDICINA**

Luana Garcia Ferrabone

### **DIRETORIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E SERVIÇOS ESPECIAIS**

Marlene Bonow Oliveira

### **DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Mário José Bruckheimer

### **GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Fabiane Voss – Distrito Centro

Flávia Schwinden Müller – Distrito Sul

Vanessa Cardoso Pacheco – Distrito Norte

### **GERÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIAIS**

Akadenilques de Oliveira Martins Souza Kudla

### **GERÊNCIA DE REGULAÇÃO**

Gislene Cristina Mantovani de Araújo

### **GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA**

Anna Paula Pinheiro

### **COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Roselaine Elisa Radtke

### **ELABORAÇÃO**

Francisca Magalhães Scoralick – Médica Geriatra, Policlínica Boa Vista

### **COLABORAÇÃO / PARTICIPAÇÃO**

André Maciel Salfer – Médico, Central de Regulação

Flávia Favaretto – Agente Administrativo, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Gyovana da Rosa Goulart – Enfermeira, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

João Roberto Maia – Médico Geriatra, UBSF Bucarein

Juliana Prebianca – Psicóloga, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Louise Domeneghini Chiarada Delatorre – Farmacêutica Bioquímica, GAFL

Luci Leia Honorato de Carvalho – Psicóloga, Apoio Técnico do Nasf, DAPS

Maria Simone Pam – Médica, Reguladora da Atenção Primária à Saúde

Rosemeri Aparecida Maciel – Enfermeira, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Rúbia Nara Malinoski Guimarães – Enfermeira, Coordenação UBSF Aventureiro I

Simone Afra de Farias – Farmacêutica, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Vivian Tácito Gouvêa – Enfermeira

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 01</b> – Pirâmide populacional de Joinville por faixa etária e sexo para os anos de 2019, 2030 e 2045 .....	11
<b>Figura 02</b> – Classificação das Atividades de Vida Diária (AVD) .....	44
<b>Figura 03</b> – Medição da circunferência da panturrilha .....	50
<b>Figura 04</b> – Fluxograma de atendimento à Pessoa Idosa .....	63

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> – Atenção e cuidados centrados no adulto e no idoso .....	13
<b>Quadro 02</b> – Estado nutricional dos idosos de acordo com a classificação do Índice de Massa Corporal .....	24
<b>Quadro 03</b> – Orientações de manejo farmacológico .....	32
<b>Quadro 04</b> – Diagnóstico diferencial das principais causas de demência .....	34
<b>Quadro 05</b> – Atividades de Vida Diária (AVD) – Escala de Katz .....	46
<b>Quadro 06</b> – Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI) – Escala de Lawton-Brody .....	46
<b>Quadro 07</b> – Avaliação Global .....	48
<b>Quadro 08</b> – Escala de Depressão Geriátrica (EDG) .....	51
<b>Quadro 09</b> – Mini Exame do Estado Mental (MEEM) .....	52
<b>Quadro 10</b> – Avaliação de risco ambiental .....	54
<b>Quadro 11</b> – Formulário para visita domiciliar (medicamentos) .....	55
<b>Quadro 12</b> – Lista de medicamentos .....	55
<b>Quadro 13</b> – Avaliação Geriátrica Global (AGG) .....	56
<b>Quadro 14</b> – Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13) .....	60
<b>Quadro 15</b> – Classificação do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável ( <i>Vulnerable Elders Survey</i> – VES-13) .....	62
<b>Quadro 16</b> – Escala de <i>Burden Interview</i> (avaliação de sobrecarga) .....	70
<b>Quadro 17</b> – Resultado da avaliação de sobrecarga .....	70

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS:** Agente Comunitário de Saúde  
**AGG:** Avaliação Geriátrica Global  
**AIDS:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
**AINE:** Anti-inflamatório não Esteroides  
**APS:** Atenção Primária à Saúde  
**AVC:** Acidente Vascular Cerebral  
**AVD:** Atividades de Vida Diária  
**AVDI:** Atividades de Vida Diária Instrumentais  
**BiPAP:** Pressão Positiva em Vias Aéreas a Dois Níveis  
**CAB:** Caderno de Atenção Básica  
**CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial  
**CB:** Circunferência do Braço  
**CEJA:** Centro de Educação de Jovens e Adultos  
**CEO:** Centro de Especialidade Odontológica  
**Centro POP:** Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua  
**CF:** Capacidade Funcional  
**CID:** Classificação Internacional de Doenças  
**cm:** Centímetro  
**CO<sub>2</sub>:** Dióxido de Carbono  
**COMDI:** Conselho Municipal dos Direitos do Idoso  
**CP:** Circunferência da Panturrilha  
**CPAP:** Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas  
**CRAS:** Centro de Referência em Assistência Social  
**CREAS:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
**DI:** Deficiência Intelectual  
**DM:** Diabetes Mellitus  
**DPOC:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
**dT:** Difteria e Tétano (vacina duplo adulto)  
**DTM:** Disfunção Temporomandibular  
**eAPP:** Equipe de Atenção Primária Prisional  
**eCR:** Equipe de Consultório na Rua  
**EDG:** Escala de Depressão Geriátrica  
**EJA:** Educação de Jovens e Adultos  
**ESF:** Estratégia Saúde da Família  
**EUM:** Estudos de Utilização de Medicamentos  
**GM/MS:** Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

**HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica  
**HEMOSC:** Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina  
**HIV:** Vírus da Imunodeficiência Humana  
**HRHDS:** Hospital Regional Hans Dieter Schmidt  
**HSJ:** Hospital São José  
**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**ICC:** Insuficiência Cardíaca Congestiva  
**ILPI:** Instituição de Longa Permanência para Idosos  
**IMC:** Índice de Massa Corporal  
**mL/min:** Mililitro/minuto  
**ITU:** Infecção do Trato Urinário  
**IU:** Incontinência Urinária  
**IST:** Infecções Sexualmente Transmissíveis  
**JASTI:** Jogos Abertos da Terceira Idade  
**Kg/m<sup>2</sup>:** Quilograma / metros quadrados  
**LACEN:** Laboratório Central de Saúde Pública  
**MAN:** Mini Avaliação Nutricional  
**MEEM:** Mini Exame do Estado Mental  
**mL/min:** Milímetros por minuto  
**MS:** Ministério da Saúde  
**Nº:** Número  
**NAIPE DI/TEA:** Núcleo de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo  
**NARAS:** Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde  
**NASF:** Núcleo Ampliado de Saúde da Família  
**NAT:** Núcleo de Apoio Técnico  
**NESCON:** Núcleo de Educação em Saúde Coletiva  
**O<sub>2</sub>:** Oxigênio  
**OMS:** Organização Mundial de Saúde  
**OPM:** Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção  
**PA:** Pronto Atendimento  
**PAIF:** Programa de Atenção Integral às Famílias  
**PICS:** Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
**PNAB:** Política Nacional da Atenção Básica  
**PNAISP:** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional  
**PNE:** Portadores de Necessidades Especiais  
**PNPIC:** Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
**PTI:** Projeto Terapêutico Individualizado

**PTS:** Projeto Terapêutico Singular

**PVHA:** Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

**RAD:** Rede de Atenção à Deficiência

**RAS:** Rede de Atenção à Saúde

**RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial

**RCVG:** Risco Cardiovascular Global

**RDC:** Resolução da Diretoria Colegiada

**REM:** Movimento Rápido dos Olhos

**RFG:** Ritmo de Filtração Glomerular

**SAE:** Serviço de Assistência Especializada

**SAMU:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SAPS:** Serviço Ambulatorial de Psiquiatria

**SAS:** Secretaria de Assistência Social

**SAS/MS:** Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde

**SC:** Santa Catarina

**SED:** Secretaria de Educação

**SEPUD:** Secretaria de Planejamento Urbano e Desenvolvimento Sustentável

**SER:** Serviço Especializado em Reabilitação

**SES/Joinville:** Secretaria da Saúde de Joinville

**SES/MG:** Secretaria da Saúde de Minas Gerais

**SESPORTE:** Secretaria de Esporte

**SI:** Síndrome da Imobilidade

**SIG-SAUDETECH:** Sistema Integrado de Gestão – SaúdeTech

**SINAN:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**SIAVO:** Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia

**SOIS:** Serviço Organizado de Inclusão Social

**SUAS:** Sistema Único de Assistência Social

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TEA:** Transtorno do Espectro do Autismo

**TR:** Testes Rápidos

**TUG:** *Timed Up and Go*

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

**UBSF:** Unidades Básicas de Saúde da Família

**VES-13:** *Vulnerable Elders Survey* (Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável)

**VPPB:** Vertigem Posicional Paroxística Benigna

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	10
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO</b> .....	13
<b>2.1 Atenção Primária à Saúde</b> .....	13
2.1.1 Estratégia de Saúde da Família (ESF) .....	15
2.1.2 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) .....	16
2.1.3 Equipe de Atenção Básica Prisional (eAPP) .....	17
2.1.4 Equipe de Consultório na Rua (eCR) .....	17
2.1.5 Imunização .....	17
2.1.6 Testes Rápidos .....	18
2.1.7 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) .....	18
2.1.8 Telessaúde .....	19
<b>2.2 Atenção Secundária e Terciária</b> .....	19
2.2.1 Regulação .....	19
2.2.2 Sistema de Apoio Diagnóstico .....	20
2.2.3 Serviço de Assistência Especializada (SAE) .....	20
2.2.4 Centro de Especialidade Odontológica (CEO) .....	20
2.2.5 Ponto de Atenção na Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 .....	21
2.2.6 Saúde Mental .....	21
2.2.7 Atenção Especializada Ambulatorial .....	21
2.2.7.1 Centrinho Prefeito Luiz Gomes – Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais .....	22
2.2.7.2 Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO) .....	22
2.2.7.3 Serviço Especializado em Reabilitação (SER) .....	22
2.2.7.4 Núcleo de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (NAIPE DI/TEA) .....	22
<b>3 FISIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO APLICADA À PRÁTICA CLÍNICA</b> .....	23
<b>3.1 Composição Corporal</b> .....	23
<b>3.2 Antropometria e Nutrição</b> .....	23
<b>3.3 Sentidos</b> .....	24
<b>3.4 Pele e Anexos</b> .....	25
<b>3.5 Aparelho Cardiovascular</b> .....	25
<b>3.6 Aparelho Respiratório</b> .....	26
<b>3.7 Aparelho Geniturinário</b> .....	27

<b>3.8 Aparelho Gastrointestinal</b> .....	27
<b>3.9 Sistema Nervoso</b> .....	28
<b>3.10 Sistema Músculo Esquelético</b> .....	29
<b>3.11 Saúde Bucal</b> .....	29
<b>3.12 Saúde Ocular</b> .....	30
<b>3.13 Saúde Auditiva</b> .....	31
<b>3.14 Farmacocinética e o Envelhecimento</b> .....	31
<b>3.15 Síndromes Geriátricas</b> .....	33
<b>3.15.1 Insuficiência Cognitiva</b> .....	33
<b>3.15.2 Instabilidade Postural / Quedas</b> .....	35
3.15.2.1 Tontura .....	38
<b>3.15.3 Incontinência Urinária</b> .....	39
<b>3.15.4 Imobilidade</b> .....	41
<b>4 O IDOSO E A AVALIAÇÃO FUNCIONAL</b> .....	42
<b>4.1 Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa</b> .....	42
<b>5 ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA (AVD)</b> .....	44
<b>5.1 Avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD) – Escala de Katz</b> .....	45
<b>5.2 Avaliação das Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI) – Escala de Lawton-Brody ..</b>	46
<b>5.3 Avaliação Nutricional</b> .....	47
5.3.1 Mini Avaliação Nutricional .....	47
<b>5.4 Medida da Circunferência da Panturrilha</b> .....	50
<b>5.5 Avaliação do Humor</b> .....	50
<b>5.6 Avaliação Cognitiva</b> .....	52
<b>5.7 Avaliação da Mobilidade</b> .....	53
<b>5.8 Avaliação de Risco Ambiental</b> .....	54
<b>5.9 Avaliação de Medicação em Uso</b> .....	54
<b>6 AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL</b> .....	56
<b>7 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO</b> .....	58
<b>7.1 Fluxograma de Atendimento à Pessoa Idosa</b> .....	63
<b>8 IATROGENIA</b> .....	64
<b>9 VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA</b> .....	65
<b>9.1 Dispositivos para denúncia de violência</b> .....	66
<b>10 CUIDADOR</b> .....	68
<b>11 AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR</b> .....	70
<b>11.1 Inventário da Sobrecarga do Cuidador</b> .....	70
<b>12 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)</b> .....	71
<b>13 ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL</b> .....	73

<b>13.1 Articulação com a Educação .....</b>	<b>73</b>
<b>13.2 Articulação com a Secretaria de Esporte (SESPORTE) e Secretaria de Planejamento Urbano e Desenvolvimento Sustentável (SEPUD) .....</b>	<b>74</b>
<b>13.3 Articulação com a Secretaria de Assistência Social (SAS) .....</b>	<b>75</b>
<b>13.4 Articulação com a Sociedade Civil Organizada .....</b>	<b>76</b>
<b>14 SUGESTÃO DE LEITURA COMPLEMENTAR .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>79</b>

## APRESENTAÇÃO

A Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na qual define as principais Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde do Idoso que são: envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; fortalecimento do controle social; garantia de orçamento; incentivo a estudos; pesquisas.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 ou mais anos de idade.

As ações da rede de saúde devem buscar uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que desenvolveu, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

Por sua vez, as **Linhas de Cuidado** são formas de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as redes de serviços de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários dentro desta rede. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação / contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais (Departamento de Atenção Básica – MS).

O envelhecimento ativo e saudável compreende ações que promovam modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, orientados pelo desenvolvimento de hábitos como: alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação.

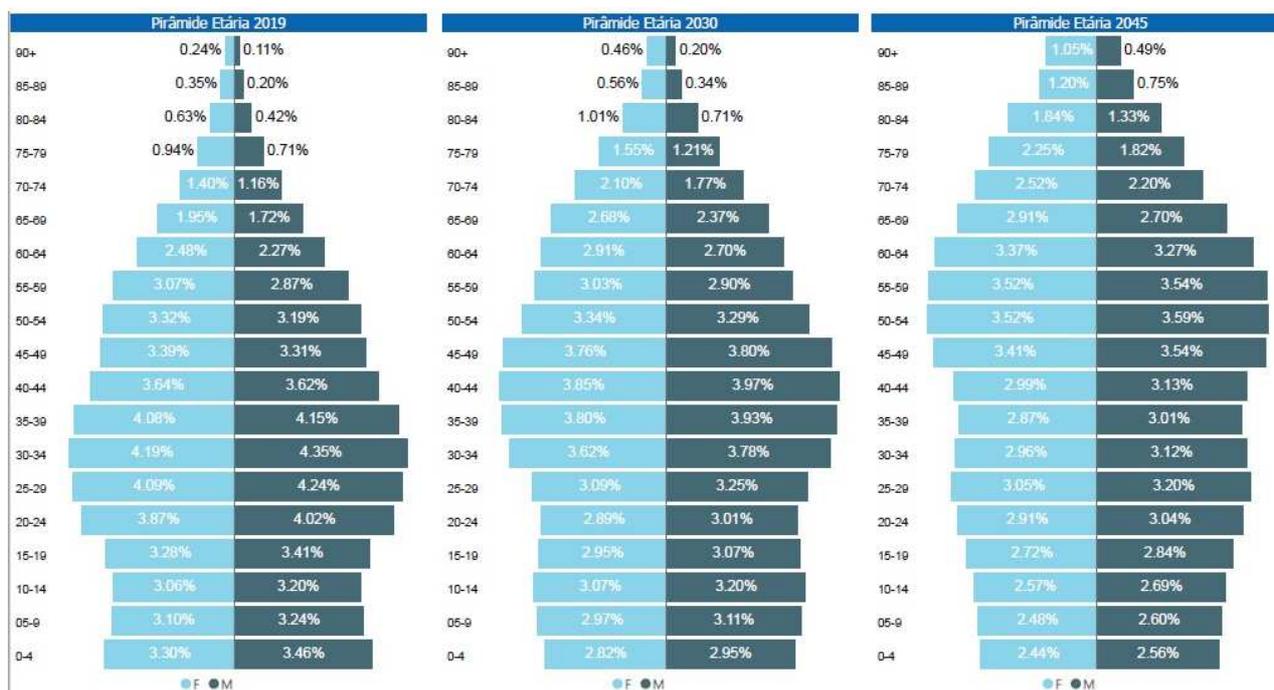
Promover o envelhecimento ativo e saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem. Além disso, garantir acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional.

# 1 INTRODUÇÃO

O Brasil passa por uma mudança importante na sua pirâmide demográfica com um progressivo envelhecimento da sua população. Hoje o segmento acima de 60 anos já representa 14,3% da população brasileira, o que significa aproximadamente 29,3 milhões de pessoas. Segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2012) a população idosa passará a ser de 32 milhões em 2025 e em 2050 representará 30% de nossa população total. O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social. Segundo a OMS, 2002, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento até o ano de 2020.

No Município de Joinville este cenário não é diferente. A população de idosos representa 8,74% da população total (SES/Joinville, 2019) e o perfil de morbimortalidade do município caracteriza-se pelo predomínio das doenças crônico degenerativas (também denominadas doenças crônicas não transmissíveis). Essas condições crônicas são prevalentes na idade avançada e frequentemente estão associadas. Ainda que não sejam fatais, essas comorbidades podem gerar incapacidade e comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (MENDES, 2011).

**Figura 01** – Pirâmide populacional de Joinville por faixa etária e sexo para os anos de 2019, 2030 e 2045



Fonte: INOVA – SES/Joinville, 2019

O atendimento ao idoso de forma fragmentada, sem avaliação da funcionalidade e sem a compreensão das alterações do envelhecimento no processo saúde/doença pode repercutir de forma negativa na sua saúde. Na população idosa o conceito de saúde é abrangente e não se restringe apenas à presença ou ausência de doença, inclui a estimativa do grau de independência e autonomia. A avaliação do idoso deve ser multidimensional, levando-se em conta o bem-estar biopsicossocial e a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar (MORAES, 2012). É nesse contexto que o Programa de Saúde do Idoso torna-se uma das atuais prioridades das Políticas Públicas de Saúde. Em novembro de 2017 a avaliação multidimensional da pessoa idosa foi incluída como procedimento (código: 03.01.09.003-3) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS pela Portaria SAS/MS nº 1.771, de 21 de novembro de 2017.

A elaboração deste documento emergiu da necessidade de estabelecer uma Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no Município de Joinville de acordo com os princípios do SUS. O Município, nos últimos anos, vem qualificando o seu atendimento ao usuário idoso. Neste contexto, o principal objetivo desta Linha de Cuidado é o de garantir a Atenção Integral à Saúde da População Idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no Brasil. Ela propõe instrumentos simples e sensíveis para o rastreamento e hierarquização dos principais riscos relacionados à população acima de 60 anos.

A decisão de inserir o Programa de Saúde do Idoso no rol de atividades desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Joinville fundamenta-se na aprovação do Estatuto do Idoso, em 2003, na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em 2006, pelo governo federal (BRASIL, 2003, 2006) e no lançamento, em 2017, da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Saudável.

A Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa se propõe a:

- ✓ Qualificar o atendimento clínico dos profissionais da Rede Municipal para esta população;
- ✓ Diagnosticar as condições funcionais dos idosos;
- ✓ Identificar os idosos fragilizados ou com critérios de vulnerabilidade;
- ✓ Melhorar o acesso dos idosos aos serviços de saúde;
- ✓ Reduzir a morbidade e mortalidade causada por doenças agudas e crônicas nessa população;
- ✓ Reduzir as internações hospitalares dos idosos por causas evitáveis;
- ✓ Promover melhoria da qualidade de vida nessa população.

## 2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO

### 2.1 Atenção Primária à Saúde

"A Atenção Básica caracteriza-se por 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, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde como objetivo de desenvolver uma Atenção Integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades" (BRASIL, 2017). São atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS): a acessibilidade, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, já os derivados são: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. A APS deve ser a porta preferencial de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

Atualmente, a APS do Município de Joinville está organizada em 03 regiões distritais (Norte, Centro e Sul), cobrindo 100% da população de 583.144 habitantes do Município. Compõe-se por 57 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 157 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) alocadas em 55 Unidades com Estratégia Saúde da Família (UBSF), 01 Equipe de Atenção Primária Prisional e 01 Equipe de Saúde Bucal, conta ainda com 03 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) em expansão para cobertura de todas as equipes de ESF. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontra-se em expansão no município, com aumento significativo no número de equipes nos últimos anos (SES/Joinville, 2020).

#### Quadro 01 – Atenção e cuidados centrados no adulto e no idoso

Cuidados e Atenção à Saúde do Idoso	
32	Atendimento domiciliar para pessoas idosas restritas ao lar ou com dificuldade de mobilidade, incluindo informações, orientações de saúde, aconselhamento e apoio aos familiares/cuidadores.
33	Identificação e acompanhamento da pessoa idosa vulnerável, em risco de declínio funcional ou frágil (multimorbidades, polifarmácia, internações recentes, incontinência esfincteriana, quedas recorrentes, alteração de marcha e equilíbrio, comprometimento cognitivo, comprometimento sensorial, perda de peso não intencional, dificuldade de mastigação e/ou deglutição, sinais e sintomas de transtornos de humor, insuficiência familiar, isolamento social, suspeitas de violência, grau de dependência para atividades da vida diária) com o estabelecimento de um plano de cuidados adaptado a cada caso.
34	Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência contra idosos, preferencialmente em parceria intersetorial com serviços de assistência social e segurança pública.
35	Prevenção de acidentes domésticos, quedas e fraturas.
36	Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de distúrbios nutricionais no adulto

	e idoso.
<b>Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso</b>	
37	Acompanhamento de adultos e idosos em cuidados integrados e continuados, incluindo cuidados paliativos, com orientação aos familiares/cuidadores.
38	Atendimento das populações em situação de vulnerabilidade, como população vivendo em situação de rua e quilombola.
39	Atendimento à demanda espontânea com avaliação de risco para adultos e idosos.
40	Acompanhamento de pessoas com doenças relacionadas ao trabalho.
41	Atendimento domiciliar de pessoas em situação de restrição ao leito/acamados, com impossibilidade de locomoção, assim como em situações com indicação de avaliação domiciliar pós-óbito ou de resistência ao tratamento.
42	Prevenção, busca ativa, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com hanseníase.
43	Prevenção, rastreamento de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com tuberculose (tratamento de primeira linha, tratamento diretamente observado, rastreamento em sintomáticos respiratórios e busca de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar).
44	Prevenção, identificação e aconselhamento em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
45	Prevenção, identificação, aconselhamento e tratamento em relação ao tabagismo.
46	Prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de sífilis, hepatites virais, outras IST e da pessoa vivendo com HIV, com atenção especial a populações-chave.
47	Rastreamento de neoplasia de cólon e reto em pessoas entre 50 e 75 anos.
48	Rastreamento e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos.
49	Rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular.
50	Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus (DM).
51	Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS).
52	Manejo e acompanhamento da pessoa com doenças cardiovasculares: doença arterial periférica, doença aterosclerótica, dor torácica, insuficiência cardíaca, palpitações e arritmias crônicas, varizes, síndrome pós-trombótica.
53	Manejo e acompanhamento da pessoa com condições endocrinológicas mais prevalentes: hipotireoidismo, hipertireoidismo, nódulos de tireoide, obesidade e dislipidemia.
54	Manejo de pessoas com parasitoses intestinais.
55	Manejo e acompanhamento de pessoas com exposição e agravos a doenças negligenciadas, como raiva, doença de Chagas, esquistossomose, leishmaniose (visceral e cutânea), tracoma e malária.

56	Manejo de arboviroses (dengue, zika, febre amarela e chikungunya).
57	Manejo das condições mais prevalentes do aparelho digestivo: dispepsia, refluxo gastroesofágico, alterações de hábito intestinal, gastroenterites, hemorroidas e outras doenças orificiais, dor abdominal, esteatose hepática, alterações laboratoriais hepáticas.
58	Manejo de doenças crônicas respiratórias mais prevalentes: Asma, DPOC, tosse crônica, apneia obstrutiva do sono, dispneia, nódulos pulmonares.
59	Manejo das condições neurológicas mais frequentes: cefaleia, síndromes demenciais, síndrome do túnel do carpo, epilepsia, acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, vertigem, paralisia facial.
60	Manejo das condições musculoesqueléticas mais prevalentes: lombalgia, cervicalgia, osteoartrite, dor no ombro, bursite/tendinite, dor no quadril, problemas de mãos/ punhos, dor no joelho, patologias do tornozelo e pé, disfunção temporomandibular (DTM), fibromialgia, osteoporose, gota.
61	Manejo das condições geniturinárias mais prevalentes: doença renal crônica (pacientes renais crônicos não transplantados), infecção urinária, litíase renal, hiperplasia prostática benigna, incontinência urinária.
62	Manejo das condições hematológicas mais prevalentes no âmbito da APS: anemia, anemia falciforme, linfonodomegalia periférica, leucopenia, leucocitose, trombocitopenia, trombocitose.
63	Manejo das condições mais prevalentes em dermatologia: acne, celulites, dermatites, erisipela, escabiose, feridas, furúnculo, herpes simples, herpes zoster, hiperidrose, intertrigo, larva migrans, micoses, miliária, nevos, pediculose, piodermites, doenças das unhas, psoríase, tungíase, urticária, verrugas.
64	Manejo das condições mais prevalentes em oftalmologia: conjuntivite, hordéolo e calázio e blefarite.
65	Manejo das condições mais prevalentes em otorrinolaringologia: vertigem, rinossinusite, otite, hipoacusia, amigdalite bacteriana, obstrução nasal, apneia do sono, labirintopatia, epistaxe.
66	Manejo das condições mais prevalentes em alergia e imunologia: rinite alérgica, eczemas alérgicos, urticária/angioedema, alergia à picada de insetos, alergias alimentares, alergia a medicamentos.
67	Identificação e manejo da pessoa em situação de sofrimento psíquico e com transtornos mentais mais prevalentes: sofrimento emocional e tristeza, transtornos depressivos, de ansiedade, do espectro obsessivo-compulsivo e/ou pós-traumático, transtornos por uso de substâncias (álcool, tabaco e drogas ilícitas), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do humor bipolar, transtornos psicóticos e ações de prevenção ao suicídio e automutilação.

Fonte: BRASIL, 2019.

### 2.1.1 Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A ESF visa à reorganização da APS, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, é considerada pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão e concretização da APS, pois beneficia uma reorientação dos processos de trabalho, aumentando a resolutividade da assistência em saúde.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), 2017b, alguns itens são necessários para o funcionamento da ESF:

- Equipe multiprofissional, composta por pelo menos um médico generalista ou de família e comunidade, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde. Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em saúde bucal;
- Carga horária mínima de 40h/semanais no mínimo 5 dias na semana;
- O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) será definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos;
- Território adscrito: considerando o grau de vulnerabilidade das pessoas moradoras daquela área de abrangência.

A definição de território para as equipes de saúde da família, busca reorganizar os processos de trabalho mediante atuações intersetoriais, de promoção, prevenção e atenção à saúde. Isto permite conhecer as pessoas deste território, estabelecer vínculo, afetividade e confiança entre os profissionais e os usuários, premissas importantes para o cuidado em saúde.

### **2.1.2 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF)**

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) são dispositivos que visam promover a atenção integral em saúde na APS organizada pelas equipes de saúde da família.

Atualmente, os NASFs são regulamentados pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Os NASFs são compostos por equipes multiprofissionais, sendo profissionais com curso superior, que atuam de forma integrada com as equipes de saúde da família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios, propiciando o desenvolvimento de uma prática de clínica ampliada e compartilhada. Esta atuação integrada, permite realizar discussão de casos clínicos, possibilitando ações, como: atendimento em grupo, individual, compartilhado entre profissionais, construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ações intersetoriais, prevenção e promoção da saúde, de educação permanente, contribuindo com o cuidado integral do usuário.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017), os NASFs não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na APS. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

### **2.1.3 Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)**

Desde 2015, a Unidade Básica de Saúde também está presente dentro do Presídio Regional de Joinville. Esta unidade é preconizada pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e sendo instituído pela Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014. Sendo assim, as pessoas privadas de liberdade têm acesso aos seguintes serviços: odontologia, enfermagem, farmácia, psicologia, terapia ocupacional, assistente social e médico clínico geral. Em caso de necessidade de atendimento ambulatorial especializado, o usuário é encaminhado conforme o fluxo da SES/Joinville.

### **2.1.4 Equipe de Consultório na Rua (eCR)**

A Equipe de Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Em Joinville, a eCR, está funcionando desde 2014, e tem por objetivo ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando atenção integral à saúde para esta população, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Na estrutura organizacional, a eCR, está lotada na UBSF Bucarein e conta com os seguintes profissionais: dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro. A eCR, é um serviço itinerante e tem horários diferenciados, ocorrendo em período diurno e noturno de segunda a sexta-feira.

O trabalho da equipe é realizado de forma itinerante e se adequa às demandas das pessoas em situação de rua. O atendimento prioriza o cuidado no local, com ações compartilhadas e integradas às unidades de saúde, geralmente do local onde este usuário se encontra, desenvolvendo ações intersetoriais com outros pontos de atenção, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de urgência e emergência, e outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É importante ressaltar que, em se tratando da população em situação de rua, o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), que é um serviço da Secretaria de Assistência Social (SAS) é um grande parceiro no cuidado desse usuário.

### **2.1.5 Imunização**

A vacinação é uma das medidas mais importantes no combate às doenças. A situação vacinal da pessoa idosa também deve ser investigada de forma sistemática, pois a vacinação também é um instrumento para a prevenção e promoção de saúde, melhorando a qualidade de vida. O registro da vacinação deve ser feito no sistema informatizado vigente e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, pois permite o monitoramento da situação vacinal da pessoa idosa pelas equipes de saúde.

Compete à APS, como ordenadora do cuidado e em ação integrada com a Vigilância Epidemiológica, a prática das ações de imunizações de rotina, além de campanhas vacinais, garantindo índices satisfatórios de cobertura e, portanto, de prevenção de doenças transmissíveis.

É importante atentar a ação de imunização no contexto domiciliar às pessoas idosas acamadas ou com grandes dificuldades de locomoção, bem como garantir a vacinação àquelas que vivem em instituições de acolhimento como casas-lares, repúblicas e Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece gratuitamente um vasto número de vacinas para diversas doenças. O calendário vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) para as pessoas a partir dos 60 anos é:

- ✓ **Hepatite B** (3 doses): verificar situação vacinal anterior;
- ✓ **Febre amarela** (dose única): pessoas com 60 anos e mais, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação, após triagem sobre seu estado de saúde. Encaminhar somente usuários imunodeprimidos por doença ou uso de medicação para avaliação médica antes da vacinação;
- ✓ **Dupla Adulto (dT)** – previne difteria e tétano: 3 doses iniciais, reforço a cada 10 anos;
- ✓ **Pneumocócica 23 Valente** – previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo: pessoas com 60 anos e mais não vacinados que tem indicação da vacina de acordo com o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais, mediante prescrição médica. Administrar 1 (uma) dose a partir de 60 anos, não vacinados que vivem acamados e/ou em instituições fechadas, como casas geriátricas, hospitais, unidades de acolhimento/asilos e casas de repouso.
- ✓ **Influenza**: uma dose anual, durante a Campanha Nacional.

### 2.1.6 Testes Rápidos

Os testes rápidos (TR) são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 minutos. Além disso, são de fácil execução, não necessitam de estrutura laboratorial e são recomendados para testagens individuais. Podem ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital, ou com amostras de fluido oral. Dependendo do fabricante, podem também ser realizados com soro e (ou) plasma.

Os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais são realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por profissionais de saúde, enfermeiros (as) e médicos (as), capacitados para o aconselhamento, execução, leitura, interpretação dos resultados e emissão de laudo do teste, devendo ser realizado o registro do resultado em Prontuário Eletrônico. Na Policlínica Boa Vista os Testes Rápidos são realizados conforme solicitações dos profissionais médicos especialistas desta Unidade.

### 2.1.7 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

O Ministério da Saúde aprova por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC). A PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, envolvendo abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde,

com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Considerando a portaria ministerial acima citada e as experiências exitosas em diversas UBSFs do município de Joinville, a SES/Joinville instituiu a PICS pela Portaria nº 173/2019/SMS, que dispõe sobre as normas gerais das Práticas Integrativas e Complementares Saúde (PICS) na Rede Municipal de Saúde de Joinville/SC. A oferta das PICS nas Unidades de Saúde de Joinville, vem aumentando gradualmente, oferecendo opções de tratamentos eficazes e seguros ao usuário. Atualmente é oferecido em algumas UBSFs: yoga, dança circular, auriculoterapia, *reiki*, acupuntura, fitoterapia e plantas medicinais, *lian gong*, *shantala*.

### **2.1.8 Telessaúde**

O Telessaúde tem como escopo a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, principalmente da APS, e sua interação com os demais níveis de atenção fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

Dentro do programa telessaúde, há a teleconsultoria, que é uma consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, com respostas baseadas em evidências científicas e adequadas às características loco-regionais.

É um apoio assistencial com caráter educacional, assim, visa ampliar a capacidade resolutiva de quem as solicita. Deve ser baseada na melhor evidência científica disponível, adaptada à realidade local (BRASIL, 2011a). A teleconsultoria é também uma estratégia de educação permanente dos profissionais da APS, baseada em problemas reais da prática clínica.

## **2.2 Atenção Secundária e Terciária**

### **2.2.1 Regulação**

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso dos usuários na RAS e a construção dos fluxos assistenciais nessa mesma rede. Esta dimensão abrange a regulação médica, que exerce autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008a).

Os pedidos de consultas especializadas serão solicitados via Sistema Integrado de Gestão (SIG-SAUDETECH), no ambiente consultório informatizado, em requisições de procedimentos pelo médico assistente, com descrição do quadro clínico, Classificação Internacional de Doenças (CID) que justifique o encaminhamento e resultados de exames prévios (quando houver)

relacionados ao quadro clínico, para otimizar a avaliação e regulação da classificação de critérios de risco dos encaminhamentos.

### **2.2.2 Sistema de Apoio Diagnóstico**

A SES/Joinville conta alguns sistemas de apoio diagnóstico, como: laboratórios conveniados; serviços de diagnóstico por imagem próprios e conveniados, anatomopatológico conveniado.; Laboratório Municipal de Joinville, que tem como objetivo realizar exames laboratoriais complementares ao diagnóstico clínico, a fim de permitir um melhor tratamento e acompanhamento de patologias humanas. Atualmente, a SES/Joinville conta com 12 postos de coleta públicos alocados em unidades de saúde estratégicas.

### **2.2.3 Serviço de Assistência Especializada (SAE)**

É a Unidade de Referência Ambulatorial que presta atenção integral com equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, assistente social e psicólogo), voltada ao atendimento individual e/ou coletivo, às pessoas vivendo com IST/HIV/AIDS.

O serviço realiza assistência clínica e psicossocial às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), individual e/ou coletivo, incluindo os projetos terapêuticos individualizados (PTI) com a participação do usuário, abordagem clínica e laboratorial de pessoas exposta ou infectadas pelo HIV, abordagem dos parceiros oferecendo teste diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais B e C, incluindo estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV, garantindo o direito sexual e reprodutivo das pessoas vivendo com HIV e AIDS. O SAE tem o serviço de farmácia local, que oferta os medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.

### **2.2.4 Centro de Especialidade Odontológica (CEO)**

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde que oferecem os seguintes serviços aos usuários:

- ✓ Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca (estomatologia);
- ✓ Periodontia especializada;
- ✓ Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- ✓ Endodontia;
- ✓ Atendimento a portadores de necessidades especiais (PNE);
- ✓ Disfunção temporomandibular;
- ✓ Prótese.

Os CEOs fazem parte da estratégia Brasil Sorridente, do MS, sendo o tratamento oferecido uma continuidade do trabalho realizado pela APS. Maiores informações sobre o acesso ao CEO, constam na Linha de Cuidado da Saúde Bucal.

### **2.2.5 Ponto de Atenção na Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192**

São Unidades de Saúde de média e alta complexidade para atendimento hospitalar especializado incluindo realização de procedimentos, consultas, exames, cirurgias e atendimento de urgência e emergência.

O Município de Joinville possui sob a gestão municipal 03 (três) Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (PA 24 horas Norte, UPA Sul e Leste) e 01 (uma) Unidade Hospitalar, Hospital São José (HSJ). Já, sob a gestão estadual, há 03 (três) unidades hospitalares: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), Maternidade Darcy Vargas e Hospital Infantil Dr. Jessor Amarante Faria. Joinville ainda conta com 01 (uma) unidade conveniada de urgência, emergência, ambulatorial e cirúrgica, o Hospital Bethesda. Vale lembrar que há 04 (quatro) hospitais privados: Centro Hospitalar Unimed, Hospital Geral Joinville do grupo Hap Vida, Hospital de Olhos Sadalla Amin Ghanem e Hospital Dona Helena.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é responsável por atendimento móvel de urgência que presta socorro a população em situações de urgências e emergências de natureza traumática, clínica, pediátrica, obstétricas e psiquiátricas e tem como meio de transporte ambulâncias; o acesso pode ser por ligação telefônica no número 192.

### **2.2.6 Saúde Mental**

Atenção especial deve ser dada às pessoas idosas e àqueles que estão envelhecendo, devido ao risco de transtornos mentais.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 – é composta por diversos pontos de atenção, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS de Joinville está presente na APS, CAPS, Rede de Urgência e Emergência, Serviço Organizado de Inclusão Social (SOIS), Serviço Ambulatorial de Psiquiatria (SAPS), Atenção Hospitalar. Vale lembrar, que Joinville possui quatro CAPS: CAPS II, CAPS III, CAPS AD–Álcool e outras Drogas, CAPS ij – infanto-juvenil e, os quais possuem a função central de atender aos usuários com transtornos mentais graves, persistentes e ou severos.

### **2.2.7 Atenção Especializada Ambulatorial**

A atenção especializada ambulatorial compreende um conjunto de ações e serviços realizados em ambiente ambulatorial. Nestas unidades de saúde, além da oferta de consultas com especialistas focais, os usuários também tem acesso a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Antes de lançar mão da atenção especializada, é importante que se esgotem todos os recursos disponíveis na própria APS. As consultas médicas especializadas são reguladas. Ambulatórios especializados disponíveis na RAS de Joinville: Policlínica Boa Vista Ruthe Maria Pereira, Ambulatório Hospital São José, Centro de Alta Complexidade em Oncologia Hospital São José, Ambulatório Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Ambulatório de Medicina UNIVILLE,

UBSF Bucarein com 1 (um) especialista em geriatria, Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC) e Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/SC).

#### **2.2.7.1 Centrinho Prefeito Luiz Gomes – Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais**

É uma Unidade de Referência da Secretaria da Saúde (SES/Joinville) do Município, responsável por atendimento de usuários com Deficiência Auditiva e Fissuras Lábio Palatais, onde o trabalho da equipe multidisciplinar visa a reabilitação estética, funcional e psicossocial dos indivíduos, onde o atendimento se dá de forma regulada conforme pactuações vigentes.

#### **2.2.7.2 Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO)**

É uma Unidade da Secretaria da Saúde (SES/Joinville), localizada junto a Policlínica Boa Vista Ruthe Maria Pereira, responsável por garantir o acesso gratuito ao serviço de oxigenoterapia domiciliar e equipamentos de CPAP e BiPAP, aos usuários que preenchem os critérios de inclusão ao Serviço conforme o Protocolo de Acesso.

#### **2.2.7.3 Serviço Especializado em Reabilitação (SER)**

O SER é parte integrante da Rede do SUS, compõe os Serviços de Atenção Especializada (Nível Secundário de Média Complexidade) e a Rede de Atenção Deficiência (RAD). O serviço iniciou as atividades em 02 de janeiro de 2018, com o objetivo de promover saúde e inclusão social mediante a reabilitação e a habilitação de crianças e adultos (independente da faixa etária) com deficiência física, por meio de um planejamento interdisciplinar e individualizado. O objetivo do tratamento do usuário busca por sua recuperação, adaptação, educação, reinserção social, visando sua independência e qualidade de vida.

O público alvo do SER são pessoas com deficiência física, potencialmente incapacitante, de acordo com o Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004, Art. 70\*, definida como pessoas acometidas por acidente ou doença recente, que predispõe ao risco para adquirir deficiência física permanente e potencialmente incapacitante, e, pessoas que precisam de avaliação para Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM).

#### **2.2.7.4 Núcleo de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (NAIPE DI/TEA)**

O NAIPE é uma unidade especializada da SES/Joinville, responsável por promover saúde e inclusão social mediante o diagnóstico, tratamento e reabilitação de crianças e adultos com Deficiência Intelectual (DI) e/ou Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) de forma regulada.

### **3 FISILOGIA DO ENVELHECIMENTO APLICADA À PRÁTICA CLÍNICA**

O envelhecimento humano é caracterizado pelo declínio progressivo do metabolismo celular e do funcionamento dos sistemas fisiológicos principais. É um processo dinâmico que leva à redução da capacidade de adaptação ao meio ambiente no qual o indivíduo está inserido. Pode-se admitir que a maioria das alterações da senescência (alterações fisiológicas do envelhecimento) pode gerar deficiências, sem, contudo, causar incapacidades ou restrição de participação social.

Dois grandes erros devem ser evitados no seguimento da pessoa idosa: o primeiro é o profissional de saúde considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças. Como, por exemplo, considerar que dor do joelho ou falta de ar é pela idade. E o segundo erro é o profissional tratar o envelhecimento natural como doença, realizando exames e tratamentos desnecessários a partir de sinais e sintomas que podem ser explicados pela senescência, como será abordado a seguir.

Na avaliação clínica do idoso a revisão dos sistemas fisiológicos principais deve ser ampla e cuidadosa, tentando-se diferenciar as alterações que podem ser exclusivas do envelhecimento fisiológico daquelas decorrentes de problemas adquiridos. Os instrumentos de avaliação são basicamente a anamnese dirigida e o exame físico completo, seguindo a mesma sistematização adotada na avaliação do adulto.

#### **3.1 Composição Corporal**

Com o envelhecimento, há redução de 20 a 30% da água corporal total e 8 a 10% do volume plasmático. As mudanças no metabolismo hidroeletrolítico são responsáveis pela maior tendência à desidratação, hipotensão ortostática e hiponatremia. Além da redução da água corporal, o envelhecimento provoca diminuição de 20 a 30% da massa muscular (sarcopenia) e massa óssea (osteopenia) causados pelas alterações neuroendócrinas e inatividade física. A sarcopenia contribui para a redução da força muscular, mobilidade e equilíbrio da pessoa idosa. A gordura corporal aumenta em 20 a 30% tendendo à localização mais central, abdominal e visceral. A principal complicação desta alteração é o aumento da meia-vida das drogas lipossolúveis, como os benzodiazepínicos, aumentando o risco de toxicidade.

#### **3.2 Antropometria e Nutrição**

Anatomicamente ocorrem modificações na coluna vertebral levando a uma redução da estatura de 1 a 3 cm por década. O índice de massa corporal (IMC) que pode ser obtido dividindo-se o peso corporal (kg) pela altura ao quadrado ( $m^2$ ) tende a elevar-se com o envelhecimento,

provavelmente pelo aumento progressivo da massa de gordura corporal, redução de atividade física, mudanças de hábitos alimentares e alterações endócrinas. Nos idosos os pontos de corte do IMC estão descritos no quadro 1:

**Quadro 02** – Estado nutricional dos idosos de acordo com a classificação do Índice de Massa Corporal

IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 23	Baixo Peso
23 < 28	Adequado ou Eutrófico
28 ≤ 30	Excesso de Peso
≥ 30	Obesidade

**Fonte:** OPAS, 2002

O IMC é um método simples e rápido, que se correlaciona muito bem com outros métodos da avaliação nutricional. Tanto o baixo peso quanto o sobrepeso têm efeitos deletérios conhecidos para a saúde geral. Na população idosa, conservar o peso adequado caracteriza uma das medidas básicas na manutenção da independência e da qualidade de vida.

### 3.3 Sentidos

A redução dos botões e papilas gustativas sobre a língua e a diminuição das terminações nervosas gustativas e olfatórias comprometem a palatabilidade dos alimentos. Há tendência à redução do paladar ao sal e ao doce, além dos alimentos tenderem a ficar mais amargos ou azedos. Essas modificações podem levar a modificações expressivas no padrão alimentar, aumentando o risco de subnutrição proteico/ calórica e a deficiência de vitaminas e microelementos em geral.

Os principais sintomas auditivos associados ao envelhecimento são a disfunção auditiva, zumbidos e prurido (atrofia da pele e ressecamento) nos ouvidos. A disfunção auditiva pode ser neurossensorial ou condutiva. A hipoacusia neurossensorial caracteriza-se pela perda bilateral lenta e progressiva da audição para tons de alta frequência. Recomenda-se evitar aumentar o tom de voz com o paciente para não agravar mais ainda o discernimento das palavras. A otoscopia é fundamental para afastar a hipoacusia condutiva por impactação de cera. Zumbido uni ou bilateral é sintoma comum e multifatorial, frequentemente associado à redução da audição.

O sentido da visão sofre expressiva redução decorrente de alterações fisiológicas e principalmente catarata, degeneração macular, retinopatia diabética e glaucoma. Por isso a importância da avaliação da acuidade visual rotineiramente nesta faixa etária.

Diante de todas as necessidades e particularidades do idoso, todos os profissionais que constituem a RAS devem estar atentos à forma como o idoso será abordado, utilizando as seguintes estratégias:

- ✓ Apresentar-se, falando seu nome, função e manter uma postura adequada; chamar o idoso pelo nome, evitando apelidos como “vó” e evitando a infantilização;
- ✓ Evitar, quando possível, outras distrações como ruídos internos e externos;
- ✓ Falar devagar, com tom de voz adequado, olhando para o idoso de maneira a facilitar a leitura labial; usar gesticulação para ajudar na comunicação; cuidar para não gritar com aqueles que ouvem bem.
- ✓ Usar frases curtas e tocar num assunto por vez. Repetir quantas vezes for necessário. Ao final do atendimento, certificar-se que a orientação foi compreendida

### **3.4 Pele e Anexos**

O envelhecimento cutâneo é bastante pronunciado. A hereditariedade e principalmente a exposição solar são responsáveis pelas alterações da epiderme, derme, subcutâneo e anexos. A pele torna-se ressecada e descamativa precipitando o prurido que, por sua vez, predispõe a fissuras, escoriações e infecções cutâneas. A pele seca é uma das principais causas de prurido no idoso. A recomendação do uso de hidratante corporal faz-se necessária. A fragilidade capilar favorece o surgimento de equimoses e da púrpura senil nas regiões mais expostas a traumas. As unhas se tornam frágeis, opacas e de crescimento lento.

### **3.5 Aparelho Cardiovascular**

As alterações associadas ao processo de senescência no aparelho cardiovascular podem desencadear ou ocultar doenças cardiovasculares, reduzir a atividade física do idoso e afetar a função cardiovascular. No entanto o processo de envelhecimento apresenta enorme grau de variabilidade e seu impacto nos indivíduos é extremamente variável. Dentre as alterações apresentadas pelo sistema cardiovascular destaca-se a redução da capacidade aeróbica, particularmente em condições de sobrecarga cardíaca como exercício físico e uma afecção aguda.

A avaliação da pressão arterial no idoso merece destaque. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica varia de 50 a 70% na pessoa idosa e representa importante fator de risco de morbimortalidade cardiovascular. A hipotensão ortostática é outra condição de elevada prevalência e morbidade e deve ser pesquisada em toda consulta. A hipotensão ortostática é determinada pela redução maior ou igual a 20 mmHg na pressão arterial sistólica e/ou 10 mmHg na pressão arterial diastólica com a mudança de decúbito. A primeira medida é realizada na posição sentada e a segunda em posição em pé após três minutos da transição. Se possível realizar nas posições deitada, sentada e em pé.

A presença do hiato auscultatório nesta faixa etária é mais frequente, podendo levar a uma medida sistólica subestimada e a uma diastólica superestimada. Sua presença é confirmada pelo desaparecimento dos sons de Korotkoff, apesar de a onda de pulso continuar a ser palpável. Esse

evento pode ser evitado com a aferição inicial da pressão arterial pelo método palpatório para definir a pressão arterial sistólica. Em seguida, insufla-se novamente o manguito até níveis de 30 mmHg acima da pressão arterial na qual houve desaparecimento da onda de pulso, desta forma, evita-se a subestimação da medida da pressão arterial

O enrijecimento da parede arterial, às vezes, presente também pode levar a uma medida superestimada da pressão arterial, a pseudo-hipertensão do idoso. Esta alteração pode ser detectada através da manobra de Osler, onde se infla o manguito até o desaparecimento do pulso radial, se então a artéria ainda for palpável, o paciente é considerado positivo para a manobra de Osler. A pseudo-hipertensão é rara no idoso (<10%) e deve ser suspeitada na presença de hipertensão arterial sem evidência de lesão órgãos-alvo e com sintomas de hipotensão ortostática (tonteira ao levantar, sensação de fraqueza ao levantar) após tratamento com drogas hipotensoras.

Os pulsos periféricos devem ser rotineiramente examinados para identificar evidências de aterosclerose clinicamente manifesta. A insuficiência vascular periférica é frequente no idoso e representa importante preditor de morbimortalidade cerebrovascular e coronariana. Sinais comuns de insuficiência vascular periférica são: distrofia de unhas, cianose periférica, rarefação de pêlos e descamação da pele, além de úlceras. Recomenda-se a utilização do índice tornozelo-braquial (diferença da medida de pressão arterial sistólica entre membros superiores e inferiores) para a avaliação da gravidade da insuficiência vascular. Índices iguais ou abaixo de 0,91 merecem extensão da propedêutica.

### **3.6 Aparelho Respiratório**

O envelhecimento produz alterações estruturais ao sistema respiratório muitas vezes difíceis de serem distinguidas das alterações decorrentes de outros problemas, como o tabagismo e bronquite prévia. De uma forma geral as alterações do sistema respiratório reduzem a complacência pulmonar, reduzem as taxas de fluxo expiratório, alteram a relação ventilação/perfusão com redução da capacidade de difusão e reduzem os mecanismos de defesa (devido a redução do transporte mucociliar, do reflexo da tosse e da imunidade celular). Estas alterações podem favorecer o aparecimento de infecções.

Sintomas como tosse, dispneia e dor torácica devem ser pesquisados, mas nem sempre estão presentes, mesmo diante de pneumopatias crônicas ou agudas. O aumento da frequência respiratória pode ser o primeiro e único sinal de doenças respiratórias, como a pneumonia. Ocorre ainda a maior prevalência de crepitações respiratórias, mesmo nos idosos saudáveis, geralmente bilaterais, em bases, simétricas, finas e que não se modificam com a tosse. Provavelmente estas crepitações são secundárias às mudanças das propriedades elásticas do parênquima pulmonar decorrentes da senescência.

### **3.7 Aparelho Geniturinário**

Os sintomas miccionais são muito frequentes nos idosos e frequentemente negligenciados pelo paciente, família e profissionais de saúde em geral. O envelhecimento está associado tanto ao aumento da produção noturna de urina (alteração ritmo circadiano da liberação de hormônio antidiurético e tendência a maior produção noturna do peptídeo natriurético atrial), quanto da disfunção do trato urinário inferior (menor complacência vesical e hiperatividade da musculatura detrusora). Devido a estas alterações a presença de noctúria (aumento da produção noturna de urina), urgência miccional e a incontinência urinária são mais prevalentes nos idosos. São sintomas que podem gerar insônia (pelos despertares noturnos), quedas (pela urgência urinária) e prejuízo da qualidade de vida.

A utilização do diário miccional onde se solicita que o idoso/cuidador registre os horários das idas ao banheiro e a presença de perda urinária por pelo menos 3 dias auxilia tanto no diagnóstico quanto no tratamento destas comorbidades. A orientação de ingerir líquido predominantemente pela manhã, idas ao banheiro independente da vontade de urinar e evitar a ingestão de líquidos após as 19 horas auxilia a redução dos sintomas. Todavia, idosos que ingerem diuréticos, devem ser orientados a um melhor controle hídrico, pois tendem a ingerir menor quantidade de água para evitar as idas ao banheiro, apresentando desidratação com maior frequência.

### **3.8 Aparelho Gastrointestinal**

O funcionamento do aparelho gastrointestinal é pouco afetado pela senescência. Algumas alterações estruturais merecem atenção como as alterações da cavidade oral. Existe maior frequência de leucoplasias e câncer bucal, maior risco de osteoartrose têmporo mandibular, maior frequência de xerostomia (atrofia glandular, uso de medicamentos, comorbidades) e perda dentária. A perda dentária deve-se, além da má higiene bucal, à redução da massa óssea e menor capacidade de reparação tecidual predispondo à periodontite e gengivite.

Dificuldade na deglutição, engasgo e tosse associados à alimentação são sintomas que sugerem a presença de disfagia e deve ser investigada em todo idoso, particularmente no idoso acamado pelo risco de broncoaspiração. Nos pacientes com doenças neurológicas há maior frequência de disfagia para líquidos.

O envelhecimento gera aumento da incidência de doença diverticular e colelitíase. O refluxo gastroesofágico e a constipação intestinal são mais frequentes nos idosos. Medidas não farmacológicas devem ser sempre instituídas e geralmente são eficazes. Para o refluxo medidas como evitar de deitar-se após as refeições (aguardar pelo menos 1 hora), evitar alimentos que aumentam os sintomas (alimentos gordurosos, condimentados, café) e alimentar menor quantidade mais vezes ao dia (3 em 3 horas). Para a constipação intestinal aumentar o consumo de fibras e líquido e atividade física regular podem auxiliar. A constipação tem natureza

multifatorial e deve ser excluída causa secundária, particularmente o adenocarcinoma. Sugere-se orientar o registro de evacuações semanais. Ao exame do abdômen merece atenção a presença de massa pulsátil sugestiva de aneurisma aorta abdominal além da presença de hérnias e bexigoma.

### 3.9 Sistema Nervoso

A avaliação neurológica do usuário idoso não difere da avaliação clássica (história detalhada, pares cranianos, função motora e sensorial e avaliação da saúde mental) porém na avaliação neurológica do idoso frequentemente detectam-se alterações ao exame físico que podem não ter significado clínico e podem ser secundários ao envelhecimento ou comorbidades presentes.

O sono do usuário idoso merece destaque já que aproximadamente 50% dos usuários vão apresentar uma queixa de “insônia” durante a vida. Algumas alterações na arquitetura do sono ocorrem com o envelhecimento e precisam ser consideradas na avaliação de um usuário com queixa de insônia:

- ✓ Diminuição da quantidade de sono por noite (aproximadamente 6 horas);
- ✓ Diminuição da duração dos estágios 3 e 4 do sono não REM e uma maior tendência de despertares noturnos;
- ✓ Aumento do período de latência para o início do sono;
- ✓ Aumento da incidência de cochilos durante o dia.

Comumente, hábitos como uso de cafeína (em cafés, chás, chocolate ou medicamentos) após as 15 horas, cochilos longos e no final do dia, atividades na cama como assistir televisão e deitar muito cedo (19 horas) podem alterar o ciclo do sono e medidas de correção simples (higiene do sono) já são suficientes. Evitar o uso de benzodiazepínico nesta faixa etária é importante devido ao risco associado de quedas, demência e sonolência diurna. As medidas de higiene do sono são:

- ✓ Regularização do horário para deitar;
- ✓ Restrição de cochilos durante o dia;
- ✓ Saída da cama se houver dificuldade para dormir, só retornando quando o sono se apresentar;
- ✓ Limitação da ingestão de cafeína e álcool após às 15 horas;
- ✓ Redução da ingestão de líquidos e alimentos durante a noite;
- ✓ Quarto com temperatura adequada e suficiente silêncio;
- ✓ Banhos mornos antes de dormir.

Envelhecimento do Sistema Nervoso:

- ✓ Redução do diâmetro da pupila – miose senil;
- ✓ Lentificação do reflexo pupilar;
- ✓ Lentificação do olhar conjugado;

- ✓ Lentificação das funções cognitivas;
- ✓ Redução da coordenação fina e da agilidade;
- ✓ Redução da força muscular (simétrica);
- ✓ Aumento discreto do tônus muscular sem produzir “roda denteadas”;
- ✓ Reflexo Aquileu pode estar diminuída ou ausente;
- ✓ Redução da sensibilidade vibratória abaixo dos joelhos;
- ✓ Ataxia: lentificação marcha, passos curtos, flexão do corpo, olhar para chão.

### **3.10 Sistema Músculo Esquelético**

A osteoartrose é a causa mais prevalente de artralgia no idoso, os fatores predisponentes são, além da herança genética, a obesidade, traumas articulares repetitivos, fraqueza muscular e imobilidade. A osteoartrose além de favorecer a quedas e ser importante causa de morbidade, leva ao uso indiscriminado de anti-inflamatório (AINE). O uso de AINE deve ser evitado no idoso devido ao risco de úlcera péptica, insuficiência renal e risco de descompensação cardíaca.

A osteoporose é muito prevalente e deve ser investigada como prevenção pelo risco de fratura. A fratura de fêmur ocasiona aumento da morbidade e mortalidade, além de aumentar o custo com hospitalização e institucionalização.

A sarcopenia é definida como “uma condição na qual a força muscular é insuficiente para realizar as tarefas normais associadas a um estilo de vida independente”, ocorre devido à perda involuntária de massa muscular. Ela pode aparecer com o avançar da idade e, também, resulta no decréscimo da força e da resistência muscular.

A massa muscular e a sarcopenia podem ser avaliadas pela medida da circunferência da panturrilha (CP). Assim, a CP é um indicador em potencial da capacidade funcional. Trata-se de um procedimento de medida simples, barato e não invasivo e parece ser relevante no diagnóstico da condição nutricional, da capacidade funcional e de saúde. Uma CP inferior a 31 cm é considerada, atualmente, o melhor indicador clínico de sarcopenia (sensibilidade de 44,3%, especificidade de 91,4%) e está agregada à incapacidade funcional e ao risco de queda, pelo papel fundamental da musculatura das pernas, particularmente tríceps sural e quadríceps, na mobilidade.

O exame dos pés é imprescindível já que alterações como calosidades, úlceras, joanetes entre outros podem interferir na deambulação e conseqüentemente na autonomia do indivíduo.

### **3.11 Saúde Bucal**

A atuação da equipe de saúde bucal da UBS na promoção da saúde e prevenção de doenças é fundamental uma vez que as doenças bucais são prevalentes no idoso e afetam a qualidade de vida devido à dor, limitação de funções e comprometimento do estado de saúde físico e mental. Ao intervir positivamente na saúde bucal da população idosa, a equipe de saúde

qualifica vários outros aspectos além da saúde nutricional, como a mental e física, uma vez que os cuidados bucais têm impacto positivo em diversas condições sistêmicas.

As atividades educativas da UBS devem abranger informações e orientações sobre cuidados com a saúde bucal, em especial as orientações de higiene bucal e o controle das manifestações mais prevalentes nesta população, o que contribui para melhorar sua qualidade de vida.

Ao avaliar a saúde bucal de um idoso é importante que a equipe esteja atenta às condições sistêmicas, físicas ou psicológicas que possam interferir na saúde bucal do idoso. Algumas situações frequentemente associadas à mesma são:

- ✓ Comprometimento da qualidade da higiene bucal devido à alteração de mobilidade, motricidade, capacidade cognitiva e motivação do idoso ou do cuidador responsável;
- ✓ Xerostomia e outras alterações de glândula salivar, decorrentes do envelhecimento (maior viscosidade e menor volume salivar), do uso de medicamentos e de doenças como o diabetes mellitus;
- ✓ Comprometimento da capacidade gustativa pela diminuição dos botões gustativos, alterando o prazer de comer e a escolha dos alimentos;
- ✓ Halitose decorrente tanto da xerostomia como do comprometimento da qualidade da higiene bucal;
- ✓ Cáries devido às falhas ou infiltrações em restaurações antigas e retrações gengivais (propiciam o aparecimento das cáries de raiz);
- ✓ Alterações periodontais com cálculo e gengivite. A perda óssea generalizada associa-se à diminuição da neoformação óssea, ocasionando porosidade e reabsorções.
- ✓ Edentulismo e perdas dentárias de causas diversas como doença periodontal, cárie, trauma bucal, iatrogenia, etc. Muitos idosos apresentam edentulismo total e têm necessidade de prótese;
- ✓ Próteses dentárias antigas, defeituosas, mal adaptadas, quebradas ou que estejam provocando lesões bucais também são comuns;
- ✓ Lesões bucais. O câncer bucal é mais prevalente no adulto e no idoso e as lesões bucais devem ser avaliadas pelo cirurgião-dentista, que ao suspeitar da doença, encaminha para especialidade conforme protocolos clínicos.

### **3.12 Saúde Ocular**

O prejuízo na qualidade de vida sofrido pelo idoso em função do déficit visual, demanda constante ajuda dos familiares, dos amigos e dos serviços de apoio. A visão contribui para o equilíbrio normal, o idoso frágil se torna mais dependente deste sentido à medida que o envelhecimento determina uma disfunção dos outros componentes do sistema de controle postural. Assim, inicialmente a visão poderá ser avaliada a partir da seguinte pergunta:

O(a) Sr.(a) tem dificuldade para dirigir, ver televisão ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, encaminhar ao oftalmologista com descrição clínica detalhada.

### 3.13 Saúde Auditiva

A falta de informação e o preconceito fazem com que a maioria dos idosos com perda auditiva demore a procurar ajuda, resultando em efeitos negativos na vida social e emocional, limitando sua qualidade de vida. Deste modo, a avaliação auditiva é o primeiro passo para solucionar o problema.

Realizar o teste do sussurro: a uma distância de aproximadamente 33 cm, fora do campo visual do idoso, sussurre uma frase simples como “qual é o seu nome?” Faça isso em ambos os ouvidos separadamente. Caso o idoso não responda, examine o conduto auditivo para verificar a presença de obstáculos.

### 3.14 Farmacocinética e o Envelhecimento

Os medicamentos têm um papel decisivo no tratamento das múltiplas condições de saúde em idosos. Todavia, as alterações farmacocinéticas do envelhecimento, aumentam significativamente o risco de reações adversas a medicamentos e, conseqüentemente, podem desencadear um declínio funcional, incapacidades, internação e óbito. As alterações são:

- ✓ Aumento do volume de distribuição e meia vida de drogas lipofílicas devido ao aumento da gordura corporal, como por exemplo dos benzodiazepínicos (aumento do volume de distribuição do diazepam de 24 horas para 90 horas);
- ✓ Redução do volume de distribuição e aumento da concentração plasmática de drogas hidrofílicas devido a redução da água corporal, como por exemplo da digoxina, fenitoína, cimetidina;
- ✓ Redução da albumina sérica (15 a 20%) e conseqüentemente o aumento da fração livre plasmática do fármaco e maior risco de intoxicação, como por exemplo a digoxina, varfarina, fenitoína, anti-inflamatórios, furosemida;
- ✓ Redução do fluxo sanguíneo hepático com conseqüente redução do metabolismo hepático e aumento dos níveis plasmáticos e meia vida de fármacos com metabolismo hepático como a espirolactona, betabloqueadores, varfarina, benzodiazepínicos, fenitoína, estatinas, amitriptilina;
- ✓ Redução da excreção renal gerando menor eliminação renal de fármacos e seus metabólitos aumento da meia-vida e nível sérico dos fármacos. Nos idosos sempre calcular o *clearance* de creatinina para ajuste de medicamentos através da fórmula:

$$\text{Clearance de Creatinina (mL/min)} = \frac{(140 - \text{Idade}) \times \text{Peso (Kg)}}{72 \times \text{Creatinina}}$$

\* para Mulheres, multiplicar o resultado por 0,85

Valores do *clearance* calculado entre 30 e 60 ml/min indicam redução moderada de ritmo de filtração glomerular (RFG) requerendo ajuste de dose de diversos medicamentos. A insuficiência renal leve é muito comum nos idosos, é assintomática e você só irá reconhecer se calcular o RFG com a fórmula descrita.

Calcule para verificar!

**Exemplo:** Idoso de 82 anos com 68 kg e creatinina de 1,2.

Grande parte da iatrogenia resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das particularidades da abordagem do idoso. Muitas vezes, os efeitos colaterais são confundidos com novas doenças ou atribuídos ao próprio envelhecimento por si, dificultando mais ainda o seu diagnóstico. Outro aspecto relevante é a alta frequência de interações medicamentosas do tipo droga-droga e do tipo droga-doença. A prevalência de prescrições inapropriadas para idosos varia de 20 a 40% e são mais frequentes na presença de polifarmácia e nos idosos com 80 anos ou mais. A revisão dos medicamentos em uso deve ser feita em toda consulta geriátrica e o aparecimento de qualquer sintomatologia recente, sem causa aparente, deve ser atribuído à reação adversa a drogas.

Para evitar o risco de reações adversas dos medicamentos e prevenir iatrogenia recomenda-se:

- ✓ Certificar o diagnóstico das afecções;
- ✓ Não prescrever um medicamento apenas para receitar alguma coisa;
- ✓ Utilizar o menor número possível de medicamentos;
- ✓ Empregar a menor dosagem necessária;
- ✓ Rever periodicamente a prescrição e suspender os medicamentos desnecessários;
- ✓ Instruir familiares e acompanhantes para que auxiliem o idoso na prescrição médica.

Existem algumas regras básicas para a boa condução do paciente idoso que podem auxiliar no complexo manejo farmacológico:

### Quadro 03 – Orientações de manejo farmacológico

#### ANTES DE PRESCREVER PARA UMA PESSOA IDOSA, PENSE:

- Conheça os efeitos do envelhecimento antes de dizer que se trata de uma doença;
- Estabeleça as prioridades do tratamento. Conheça o incômodo que a doença representa para o idoso. Considere-o ao prescrever;
- Evite sempre que possível tratar sinais e sintomas sem procurar esclarecer a causa, como nos casos de anemia, agitação e confusão mental;
- Um efeito colateral não deve ser tratado com outro medicamento. Isso estabelece o efeito “cascata”, usa-se um remédio para tratar o mal que outro causou, sem resolver o problema que motivou a prescrição;
- O medicamento é realmente necessário? Já foram tentadas medidas não farmacológicas?

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simplifique a sua receita. Conheça as razões que o levaram a prescrever. Elas ainda são necessárias? Se não forem mais, esclareça e retire;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de iniciar a medicação certifique-se de que é realmente indispensável ou pode ser substituída por tratamento tópico ou medidas para reabilitação física;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comece a usar as drogas sempre em doses mais baixas, habitualmente os idosos respondem muito bem a doses consideradas subterapêuticas para o adulto;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumente a dose da medicação gradativamente, de acordo com a resposta e a sensibilidade do paciente;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evite o uso de drogas que necessitem de várias tomadas por dia, geralmente não têm boa aceitação e favorecem erros;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabeleça os objetivos do tratamento e o tempo; analise periodicamente a prescrição, revendo a necessidade de modificá-la;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe e esclareça o idoso e familiares sobre os remédios e os possíveis efeitos colaterais;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca diga ao idoso que deverá tomar um remédio para sempre: eles podem considerar essa recomendação para todos os medicamentos prescritos, dificultando muitas vezes a retirada de medicação desnecessária bem como o ajuste posológico;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabeleça contato com outros profissionais que estejam cuidando do idoso, evitando o uso de drogas semelhantes e interações medicamentosas;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhe sempre o tratamento e peça aos familiares que o informe acerca do aparecimento de sintomas;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peça ao idoso que traga os medicamentos que está usando prescritos e não prescritos;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergunte sempre pela medicação para dormir. Medicamentos usados por muito tempo nem sempre são lembrados;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altere uma droga de cada vez. Isso facilitará o entendimento de efeitos colaterais e ou benefícios de cada uma;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescreva o medicamento que você conhece bem, de menor custo, de fácil manuseio e posologia mais cômoda;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrever para uma pessoa jovem é bem diferente de prescrever para um idoso. Um idoso de 60 anos é bem diferente de um idoso de 95. Um idoso de 95 anos sadio, independente, é bem diferente de um idoso de 60 anos diabético, coronariopata e sequelado de AVC. Pense nisso antes de lançar mão de medicamentos.</li> </ul>

**Fonte:** SES/MG, 2006.

### 3.15 Síndromes Geriátricas

As Síndromes Geriátricas têm em comum o fato de terem múltiplas etiologias, não serem de risco iminente de vida, comprometerem gravemente a qualidade de vida e a funcionalidade e são de complexidade terapêutica, normalmente envolvendo toda a equipe multidisciplinar. São elas: insuficiência cognitiva, instabilidade postural, incontinência urinária, imobilidade e iatrogenia.

As Síndromes Geriátricas têm em comum o fato de terem múltiplas etiologias e não causarem risco iminente de vida, porém, podem comprometer significativamente a funcionalidade e qualidade de vida, desta forma são necessárias diferentes categorias profissionais que trabalhem de forma multidisciplinar ou interdisciplinar. Essas síndromes estão descritas a seguir:

#### 3.15.1 Insuficiência Cognitiva

A avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica, pois auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas que frequentemente se queixam de

esquecimentos cotidianos. A memória é a capacidade para reter e fazer uso posterior de uma experiência, condição necessária para desenvolver uma vida independente e produtiva. A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas (memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento) com repercussão na funcionalidade.

A perda de memória recente é o indicador mais sensível de redução das funções cognitivas, por isso, sugere-se para uma primeira avaliação a realização do teste rápido. Este consiste em solicitar à pessoa idosa que repita 3 palavras (por exemplo: gelo, leão e planta ou mesa, maçã e dinheiro), após 3 minutos pedir que os fale novamente. Se for incapaz de repeti-los, há necessidade de uma investigação mais aprofundada. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é uma das escalas mais comuns para avaliar o estado cognitivo, por sua rapidez e facilidade de aplicação (AGG, p.57).

As alterações cognitivas têm muitas causas e podem variar desde o esquecimento benigno até quadros clínicos graves, como as demências. Estas são as afecções mais comuns no envelhecimento e têm como principal fator de risco a idade. A principal causa de demência é a doença de Alzheimer, seguida pela demência vascular. Presume-se que a etiologia da doença de Alzheimer seja multifatorial e hoje, diabetes mellitus, HAS e tabagismo são considerados fatores de risco independentes para a mesma.

O que caracteriza a demência do tipo Alzheimer é o declínio insidioso, progressivo e global das funções cognitivas e que acarreta restrições graduais nas Atividades da Vida Diária, interferindo nas atividades sociais e ocupacionais da pessoa. Estas alterações não são explicadas por alterações na consciência, na mobilidade ou no sensorio. Existem várias outras causas de demência, as quatro causas mais prevalentes são descritas no quadro abaixo.

**Quadro 04 – Diagnóstico diferencial das principais causas de demência**

<b>Tipo de Demência</b>	<b>Características</b>
<b>Doença de Alzheimer</b>	Início insidioso, perda de memória e declínio cognitivo lento e progressivo. No início a pessoa apresenta dificuldade para lembrar de fatos recentes e para aprender, porém se lembra de fatos ocorridos no passado distante.
<b>Demência Vascular</b>	Início abrupto, geralmente, após um episódio vascular, com deterioração em degraus (períodos com alguma recuperação seguidos de nova piora) e flutuação do déficit cognitivo. Apresenta sinais focais de acordo com a região cerebral acometida.
<b>Demência com Corpúsculos de Lewy</b>	Ocorre flutuação da cognição, alucinações visuais recorrentes e bem formadas e parkinsonismo precoce.
<b>Demências Frontotemporais</b> <b>• Doença de Pick</b>	Início pré-senil (a partir de 45 anos), apresenta mudanças na personalidade e no comportamento e/ou alteração da linguagem como características iniciais bem marcantes. É comum alterações do comportamento sexual, com desinibição, jocosidade e hipersexualidade, além de hiper oralidade, hiperfagia com ganho de peso e obsessão em tocar objetos. O comprometimento da memória é geralmente mais tardio.

Fonte: BRASIL, 2010

O principal papel da Equipe de Saúde da APS nos casos de demência é o de assegurar o bem-estar do usuário, de seus familiares e cuidadores. Em relação ao usuário, os profissionais podem monitorar o tratamento da demência e das comorbidades; orientar as medidas de promoção da saúde e prevenção adaptadas a cada caso; promover a saúde bucal; incentivar o convívio social possível; orientar medidas de controle do ambiente, entre outras. Nos quadros mais avançados, o apoio da equipe é fundamental para a qualificação do cuidado.

Em relação ao cuidador, a proximidade da equipe possibilita a detecção precoce e a intervenção em situações de risco envolvendo sua saúde física e mental. Oferecer apoio; orientar sobre o autocuidado e o manejo do estresse; monitorar sua participação nas ações de prevenção (imunização, exames e atividades de grupo) e nos tratamentos de saúde e fornecer informações sobre a doença são algumas das atividades que os profissionais da UBS podem desenvolver.

**Saiba mais:** no Sistema de Informação, INTRANET – SES/Joinville (Pub. documentos/documentos/NARAS/Saúde do Idoso): Orientações para Cuidadores de Pessoas com Demência.

### 3.15.2 Instabilidade Postural / Quedas

As quedas podem provocar perda da autonomia e independência dos idosos e representam importante evento sentinela para abordagem integral e preventiva da saúde desse grupo. As principais causas de queda em idosos estão relacionadas com alterações fisiológicas e doenças específicas do idoso (perdas progressivas da acuidade auditiva e visual, da força nos membros inferiores e do equilíbrio) e fatores relacionados com circunstâncias sociais e/ou ambientais. A osteoporose tem contribuição importante nas fraturas de fêmur, principalmente no sexo feminino. Portanto, a meta de reduzir a taxa de internações de pessoas idosas por fratura de fêmur envolve ações de prevenção de quedas e da osteoporose.

Ao comprometer a mobilidade a queda pode tornar-se tão limitante quanto a demência, desencadeando alterações significativas no humor, vida social e funcional. As quedas são eventos muito frequentes na população idosa (30% ao ano), principalmente naqueles com mais de 80 anos. As principais complicações das quedas são:

- ✓ Fraturas e outros ferimentos que precisam de atendimento médico;
- ✓ Hospitalização, os idosos que caem permanecem internados o dobro do tempo se comparados aos que são admitidos por outra razão;
- ✓ Maior risco de morte: 50% no ano seguinte à hospitalização naqueles que são hospitalizados em decorrência de uma queda;
- ✓ Causa de 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais.

Os fatores de risco para queda podem ser divididos em fatores intrínsecos, inerentes ao indivíduo, e extrínsecos, relacionados ao ambiente. Mais de 70% das quedas ocorrem no domicílio por isso as recomendações para modificação de risco ambiental são essenciais na abordagem de quedas.

Os fatores extrínsecos relacionam-se ao ambiente inseguro e são responsáveis principalmente pelas quedas de idosos independentes e saudáveis. Na entrevista com o idoso e principalmente durante a visita domiciliar, os profissionais de saúde podem identificar barreiras ambientais que colocam o idoso em risco de queda. Conversar sobre o assunto, com cuidado para não gerar constrangimento, pode auxiliar a família e o idoso a encontrarem soluções criativas de adaptações do ambiente. Outros fatores extrínsecos são: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, calçados inadequados (como chinelos), roupas excessivamente longas, via pública mal conservada contendo buracos ou irregularidades.

Os fatores intrínsecos dizem respeito à idade, gênero e condições orgânicas que prejudicam o controle postural. Idosos com maior fragilidade e múltiplas patologias caem por fatores intrínsecos isolados ou pela combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos. Os principais fatores intrínsecos são:

- ✓ Diminuição da visão (redução da percepção de distância, redução da visão periférica e da adaptação ao escuro);
- ✓ Diminuição da audição (não ouve sinais de alarme);
- ✓ Distúrbios vestibulares (tonturas);
- ✓ Distúrbios proprioceptivos – diminuição das informações sobre a base de sustentação – os mais comuns são a neuropatia periférica e as patologias degenerativas da coluna cervical;
- ✓ Aumento do tempo de reação a situações de perigo;
- ✓ Diminuição da sensibilidade dos barorreceptores à hipotensão postural;
- ✓ Distúrbios musculoesqueléticos: degenerações articulares (com limitação da amplitude dos movimentos), fraqueza muscular (diminuição da massa muscular);
- ✓ Sedentarismo;
- ✓ Deformidades dos pés;
- ✓ Alterações urinárias: idas mais frequentes ao banheiro durante a noite;
- ✓ Uso de medicamentos sedativos ou uso de mais de 5 (cinco) medicamentos por dia.

A prevenção das quedas na pessoa idosa baseia-se principalmente na modificação dos fatores previamente citados. As seguintes abordagens devem ser levadas em consideração:

- ✓ Busca ativa: perguntar aos idosos e familiares se houve queda no último ano (frequentemente o usuário não menciona a queda para o profissional de saúde);
- ✓ Orientar o idoso sobre os riscos de queda e suas consequências;
- ✓ Iluminação: de preferência a iluminação provida deve ser o dobro do habitual e constante entre os ambientes;
- ✓ É importante evitar a presença de objetos soltos como tapetes, fios, brinquedos entre outros. Valendo a mesma regra para pequenos animais soltos no ambiente;
- ✓ Desníveis: devido ao fato do idoso ter maior dificuldade de perceber o ambiente pode não estar atento a desníveis como degraus ou chão irregular entre outros;

- ✓ Calçados: os calçados devem de preferência serem presos atrás e se possível antiderrapantes;
- ✓ Hipotensão ortostática: incluir na avaliação do idoso a medida da pressão arterial em ortostatismo;
- ✓ Exercício físico regular (no mínimo 30 minutos três vezes por semana);
- ✓ Medicamentos: racionalizar a prescrição, realizar a correção de doses e correção de combinações inadequadas;
- ✓ Redução da ingestão de bebidas alcoólicas;
- ✓ Avaliação anual: oftalmológica, da audição e da cavidade oral. Adequação de lentes corretivas, prescrição e uso adequados do aparelho de amplificação sonora;
- ✓ Avaliação rotineira dos pés;
- ✓ Fisioterapia ou Atividade Física: visando a melhora do equilíbrio e da marcha; fortalecimento da musculatura proximal dos membros inferiores; melhora da amplitude articular; alongamento e aumento da flexibilidade muscular. Adequação e ou prescrição de dispositivos de auxílio à marcha (bengala, andador);
- ✓ Promover condições seguras no domicílio (local de maior parte das quedas em idosos); identificando “estresses ambientais” modificáveis, como por exemplo: retirar tapete de área de circulação, mobília firme pois (muitas vezes serve ela como fonte de apoio), instalação de barra de apoio no banheiro e colocação de piso antiderrapante, melhorar iluminação, entre outros;
- ✓ Medidas gerais de promoção de saúde.

O idoso deve ser encaminhado para consulta médica imediata para avaliação de um episódio recente de queda. Caso contrário e na ausência de fatores de risco (descritos a seguir), o enfermeiro, o médico e o fisioterapeuta podem proceder à avaliação rotineira, com agendamento prévio na APS. Sinais de risco para quedas como marcha lenta com passos curtos, equilíbrio instável, fraqueza no aperto de mão, dificuldade para se levantar da cadeira ou banco podem ser observados desde o momento que o idoso chega à unidade de saúde. A realização do Teste de *Get up and Go* (descrito na AGG) após um evento de queda é crucial. Outro teste que auxilia no diagnóstico de quedas no idoso é a realização da medida de circunferência da perna para identificação de sarcopenia.

A avaliação da queda tem por objetivo:

- a) identificar a causa que levou a queda e tratá-la;
- b) reconhecer fatores de risco para prevenir futuros eventos, implementando intervenções adequadas.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento que ajuda a identificar os idosos que caem com mais frequência. Na visita domiciliar, o agente comunitário de saúde pode identificar esse problema e encaminhar para a equipe da APS, que poderá realizar a detecção dos fatores extrínsecos e intrínsecos devem ser investigados e corrigidos. Caso necessário ele poderá ser encaminhado para avaliação médica pelo geriatra.

### 3.15.2.1 Tontura

A tontura pode ser definida como uma sensação de alteração do equilíbrio corporal ou como a percepção errônea, ilusão ou alucinação de movimentos, sensação de instabilidade espacial e distorção visual (oscilopsia). Várias estruturas de diversos sistemas estão envolvidas nos mecanismos do equilíbrio. São eles:

- ✓ Sistema muscular: tônus muscular, reflexos musculares e posturais;
- ✓ Sensibilidade proprioceptiva: músculos, tendões e articulações;
- ✓ Sistema Vestibular: posições da cabeça;
- ✓ Sistema Nervoso Cerebral: cognição, controle motor, sensitivo, neurotransmissores (dopamina);
- ✓ Cerebelo: coordenação;
- ✓ Avaliação da Visão.

Alterações em qualquer uma destas estruturas pode levar a alteração do equilíbrio que muitas vezes é interpretado como tontura ou tonteira. Assim o diagnóstico diferencial de quem se queixa de tontura é muito amplo e pode ocorrer na presença de:

- ✓ Hipotensão ortostática;
- ✓ Osteoartrose cervical (tontura cervicogênica);
- ✓ Vertigem de origem metabólica: diabetes descompensada, alterações tireoidianas, distúrbios hidroeletrólíticos e de gases  $O_2 - CO_2$ ;
- ✓ Doenças neuropsiquiátricas: depressão, ansiedade, estresse;
- ✓ Descondicionamento físico;
- ✓ Efeitos colaterais de medicamentos de uso diário (fenitoína, carbamazepina, diuréticos, betabloqueadores, metildopa, bloqueadores de canal de cálcio, hipoglicemiantes orais, verapamil, amiodarona, corticoides);
- ✓ Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB);
- ✓ Otosclerose.

Quanto aos aspectos clínicos da tontura podemos classificar como:

- ✓ **Vertigem:** se caracteriza por uma sensação de rotação do corpo ou do ambiente com início súbito, ocorrendo em surtos. A vertigem é o sintoma com maior acuidade para indicar disfunção intrínseca do labirinto.
- ✓ **Desequilíbrio:** é uma dificuldade em manter a postura. O indivíduo também pode apresentar a sensação de zonzera ou flutuação. Caracteriza-se por tontura não-rotatória, "sensação de cabeça leve". Nesses casos, doenças orgânicas e/ou psíquicas são as principais causas e estariam interferindo nos sistemas que controlam o equilíbrio, de modo que o labirinto não seria a causa primária da instabilidade.
- ✓ **Pré-síncope:** é uma sensação de desmaio iminente com escurecimento da visão ou turvação visual, pode estar relacionado a problemas cardiovasculares, hipoglicemia e

hipotensão postural (queda da pressão quando o indivíduo assume a posição ortostática ou fica em pé);

- ✓ **Cinetose ou mal do movimento:** aparece em situações que o indivíduo se expõe ao movimento (andar de ônibus, carro, barco, brinquedos em parque de diversões como o gira-gira), o indivíduo apresenta mal-estar, náuseas, vômitos, fraqueza ou tontura em situações de movimento do corpo ou do ambiente.

Desta forma, nem toda tontura é labirintite. Na maioria das vezes a queixa deve-se à sensação de tontura e desequilíbrio e está associada a outras alterações fora do sistema vestibulo-coclear ou “labirinto”. Caracterizar bem o tipo de tontura do paciente é importante para o seu tratamento adequado. Controle das doenças orgânicas e psíquicas, cuidados com a visão, retirada de medicamentos que possam interferir na função vestibular e estímulo à atividade física continuada são medidas que sempre devem ser abordadas diante de um paciente com queixa de tontura.

**Os medicamentos “antivertiginosos”** (como a cinarizina e a flunarizina) são depressores da função vestibular e, exceto na vertigem aguda, não devem ser utilizados nos pacientes com queixa de tontura não rotatória. Mesmo nos pacientes com vertigem aguda o uso destes medicamentos não deve ultrapassar o prazo máximo de duas semanas. A cinarizina além de bloquear os canais lentos de cálcio, também bloqueiam os receptores H1 da histamina e tem atividade antisserotonérgica. A flunarizina é um derivado da cinarizina, mais potente.

O uso prolongado destes medicamentos além de inibirem a compensação vestibular, fundamental para o restabelecimento da função do labirinto, podem desencadear parkinsonismo (tremor, rigidez, bradicinesia) e depressão, particularmente em idosos. Apesar de ser esperado uma melhora do parkinsonismo com a retirada do fármaco os sintomas extrapiramidais podem persistir ou progredir e determinar dano permanente ao sistema dopaminérgico (MIGUEL,2014). Outros antihistaminérgicos como a meclizina e a betaistina ou antieméticos como a domperidona, metoclopramida e ondansetrona podem ser utilizados na fase aguda da vertigem com mais segurança.

### 3.15.3 Incontinência Urinária

A incontinência urinária caracteriza-se pela perda involuntária de urina e tende a manifestar-se ou aumentar sua intensidade com o envelhecimento, sendo mais frequente na mulher. Esta condição predispõe às infecções do trato urinário (frequentemente é o primeiro e único sintoma de infecção urinária), celulites, maceração e ruptura da pele, facilita a formação de úlceras por pressão, contribui para a disfunção sexual e decréscimo da função renal, interrompe o sono e aumenta o risco de quedas. A incontinência urinária tem grande impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas idosas causando constrangimento, isolamento social e alteração do humor.

Nos idosos tanto a capacidade da bexiga quanto o tônus estão diminuídos causando maior dificuldade em retardar a micção. A hipotrofia dos tecidos que revestem e envolvem a uretra,

bexiga e a vagina, o uso de medicamentos, o aparecimento de contrações vesicais não inibidas, as alterações da mobilidade, a redução da destreza manual e a tendência em urinar mais após deitar são outros fatores que contribuem com a incontinência urinária no idoso.

Geralmente a queixa de incontinência não é referida espontaneamente e é de primordial importância que seja abordada na rotina de avaliação da pessoa idosa, com periodicidade mínima anual. As causas podem ser divididas em agudas ou temporárias (reversíveis) e crônicas. O primeiro passo é avaliar e tratar as causas potencialmente reversíveis. As principais causas transitórias de incontinência são: ITU, delirium (estado confusional agudo), atrofia vaginal, alterações psicológicas, excesso de líquido, fecalomas, alterações prostáticas e déficits locomotores; o uso de medicamentos e a polifarmácia. As causas crônicas podem ser divididas em quatro grupos:

1. **Esforço ou estresse:** O aumento da pressão intravesical supera a resistência do esfíncter uretral e provoca escape involuntário da urina, durante a tosse, risos ou exercícios, por exemplo. É predominante em mulher.
2. **Urgência:** As contrações do músculo detrusor superam em intensidade a pressão intrauretral, incapacitando o retardo da micção após a percepção da plenitude vesical, com extravasamento de grande volume urinário. É mais comum em idosos.
3. **Sobrefluxo ou transbordamento:** A pressão vesical excede a uretral, mas com grandes volumes de urina na bexiga, como na hiperplasia prostática, estenoses uretrais, neuropatia diabética, fecalomas, uso de medicamentos como diuréticos, anticolinérgicos, bloqueadores de canais de cálcio. O escape de urina é de pequenas quantidades e mais frequente em homens.
4. **Funcional:** Escape de urina relacionado à limitação funcional ou cognitiva para acesso ao vaso sanitário ou barreiras físicas ao ambiente adequado. Ocorre em demência grave, alterações musculoesqueléticas, imobilidade, depressão entre outras.

Durante o exame físico podem ser encontrados fatores contribuintes e doenças de base. As avaliações devem incluir condições neurológicas e neoplasias de próstata e bexiga especialmente se houverem fatores de risco.

Os fatores identificados que possam levar à incontinência urinária devem ser adequadamente manejados. Embora na UBS não seja possível realizar todos os diagnósticos diferenciais ou tratamento de todas as causas, as orientações gerais devem ser indicadas para todos os idosos e incluem:

- ✓ Evitar ingerir quantidades exageradas de líquidos quando não houver banheiros acessíveis;
- ✓ Evitar a ingestão de líquidos à noite (ingerir a maior quantidade durante a manhã)
- ✓ Ir ao banheiro independente da vontade com horário marcado de acordo com a necessidade individual para evitar perda;
- ✓ Evitar cafeína e bebidas alcoólicas;
- ✓ Manejar adequadamente a constipação crônica.

Para iniciar o plano de cuidado, a equipe deve atentar-se a como cada pessoa percebe as repercussões da IU.

### **3.15.4 Imobilidade**

A Síndrome da Imobilidade (SI) é um complexo de sinais e sintomas resultantes da supressão dos movimentos articulares em consequência da incapacidade da mudança postural. O paciente torna-se acamado e dependente para todas as atividades de vida diária. Os estudos mostram que apenas 30% dos pacientes tiveram sua AVD acentuadamente diminuída pela doença de base e na realidade o que mais deteriorou a funcionalidade foi o confinamento ao leito e a síndrome do desuso. Imobilidade por período longo gera imobilidade permanente.

As principais causas de imobilidade no idoso são: osteoartrose grave, fratura de fêmur, deformidade dos pés, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), insuficiência cardíaca, desnutrição, depressão e demência. A SI é prevalente em instituições de longa permanência e tem alta taxa de mortalidade (40%). A pneumonia, a embolia pulmonar e a sepse (principalmente por infecção trato urinário e úlcera infectada) são as mais comuns. Na SI já instalada, e irreversível, a avaliação e prevenção das complicações da imobilidade tornam-se imperativas. Na avaliação do paciente com imobilidade atenção para:

- ✓ Sistema tegumentar: úlcera de pressão, escoriações, equimose, dermatite amoniaca, micose;
- ✓ Sistema esquelético: osteoporose, fratura, artrose, anquilose, contratura, dor;
- ✓ Sistema digestivo: hiporexia, disfagia, desnutrição, fecaloma;
- ✓ Sistema nervoso: depressão, demência, delirium, inversão do ciclo sono-vigília;
- ✓ Sistema cardiovascular: trombose venosa profunda, embolia pulmonar, insuficiência arterial periférica, hipotensão postural;
- ✓ Sistema urinário: incontinência urinária, retenção urinária (principalmente por fecaloma, hipertrofia prostática ou uso de fármacos com efeito anticolinérgico), infecção do trato urinário;
- ✓ Sistema digestivo: desnutrição, desidratação, constipação intestinal e fecaloma (realizar o toque retal), diarreia paradoxal (indivíduos com fecaloma e eliminação de fezes menos endurecidas da ampola retal), disfagia;
- ✓ Sistema respiratório: pneumonia;
- ✓ Sistema neuropsíquico: depressão, delirium, demência.

Medidas como: apoio da equipe multidisciplinar, adequação do ambiente, atenção ao cuidador, prevenir e tratar as complicações citadas acima, orientações de posicionamento no leito, mudança de decúbito, relatório de evacuação, hidratação da pele e controle de dor devem ser instituídas na visita domiciliar.

## 4 O IDOSO E A AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A idade considerada pela OMS é estabelecida conforme o nível socioeconômico de cada nação, em países em desenvolvimento é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos. O indivíduo brasileiro com idade igual ou superior a 60 anos é considerado idoso pela OMS e pelo Estatuto do Idoso.

Devido à grande extensão e heterogeneidade desta faixa etária os idosos podem ser classificados em grupos da seguinte forma:

- ✓ Idosos jovens: 60 a 70 anos;
- ✓ Idosos: de 70 a 80 anos;
- ✓ Muito idosos: aqueles com mais de 80 anos.

Diversos estudos têm mostrado que a idade pode predizer, independente de outros fatores, a incapacidade funcional. Os idosos com mais de 80 anos de idade podem provocar impacto negativo na dinâmica familiar, social e econômica, além de aumentar o consumo de recursos do sistema de saúde em decorrência da maior prevalência e incidência de doenças.

O idoso é considerado saudável à medida que ele consegue realizar suas atividades sozinho, de forma independente e autônoma, independente da idade cronológica e da presença de doenças ou disfunções orgânicas. A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde. A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa, proposta realizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A funcionalidade global é o ponto de partida para a avaliação da saúde do idoso e deve ser realizada de forma minuciosa, utilizando-se todos os informantes, familiares ou não, desde que convivam com o paciente e sejam capazes de detalhar o seu desempenho em todas as atividades de vida diária. A presença de incapacidades é o principal preditor de mortalidade, hospitalização e institucionalização em idosos.

### 4.1 Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Existem vários instrumentos, escalas e testes que auxiliam a avaliação das múltiplas dimensões que incidem sobre a saúde da pessoa idosa, na perspectiva da integralidade. O Ministério da Saúde propõe o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa com o objetivo de qualificar a atenção ofertada à pessoa idosa e apoiar na avaliação multidimensional deste público. A exemplo do que já acontece em relação a Caderneta de Saúde da Criança, da Gestante, do Adolescente, a proposta é que a caderneta seja utilizada tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos idosos, familiares e cuidadores. Ela é um instrumento valioso para a construção do plano de cuidado da pessoa idosa.

Em 2012, profissionais de nível superior e agentes administrativos da APS da SES/Joinville, foram capacitados pela geriatra do antigo do Núcleo de Apoio Técnico (NAT), hoje

Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde (NARAS), para o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Ela é uma possibilidade de rastreamento das reais necessidades, do risco, vulnerabilidade e grau de autonomia do idoso.

## 5 ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA (AVD)

As tarefas do cotidiano necessárias para que o indivíduo cuide de si e de sua própria vida são denominadas Atividades de Vida Diária (AVD). Estas podem ser classificadas, conforme o grau de complexidade, em básicas, instrumentais e avançadas (figura 02). Quanto maior for a complexidade da AVD, maior será a necessidade do desempenho adequado dos sistemas funcionais principais (cognição, humor, mobilidade e comunicação), de forma integrada e harmoniosa. As AVD básicas são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo e referem-se às tarefas do cotidiano necessárias para o autocuidado, como tomar banho, vestir-se, higiene pessoal (uso do banheiro), transferência, continência esfincteriana e alimentar-se sozinho. A presença de qualquer declínio funcional não pode ser atribuída ao envelhecimento.

**Figura 02** – Classificação das Atividades de Vida Diária (AVD)



Fonte: MORAES, 2012

A gravidade do declínio funcional nas AVD básica pode ser classificada em:

- ✓ Independência (Independente): realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente.
- ✓ Semi-dependência (Parcialmente independente): representa o comprometimento de, pelo menos, uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
- ✓ Dependência incompleta (Parcialmente independente): apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade.
- ✓ Dependência completa (Dependente): apresenta comprometimento de todas as AVD, inclusive para se alimentar. Representa o grau máximo de dependência funcional.

As Atividades da Vida Diária Instrumentais (AVDI) são mais complexas que as básicas e são indicadoras da capacidade do idoso de viver sozinho na comunidade. Incluem as atividades relacionados ao cuidado intradomiciliar ou doméstico, como preparo de alimentos, fazer compras, controle do dinheiro, uso do telefone, trabalhos domésticos, lavar e passar roupa, uso correto dos medicamentos e sair de casa sozinho. Como são atividades extremamente individualizadas e de difícil generalização é importante o conhecimento da funcionalidade prévia, única forma de comparar o indivíduo com ele mesmo e reconhecer a presença de declínio funcional.

A gravidade do declínio funcional nas AVDI pode ser classificada em:

- ✓ Independência (Idoso independente): realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente.
- ✓ Semi-dependência (Idoso parcialmente independente): representa o comprometimento de, pelo menos, uma das funções.
- ✓ Dependência completa (Idoso dependente): apresenta comprometimento de todas as AVDI.

Algumas escalas como a escala de Katz (KATZ et al., 1963; LINO et al., 2008) e escala de Lawton (LAWTON et al., 1982), amplamente utilizadas em geriatria, auxiliam na avaliação da capacidade funcional na prática clínica diária e serão abordadas na Avaliação Geriátrica Global (AGG) ou Avaliação Geriátrica Ampla ou Avaliação Multidimensional.

### **5.1 Avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD) – Escala de Katz**

O declínio funcional dos idosos e a perda da capacidade para executar as AVD básicas seguem um mesmo padrão de evolução. Perde-se primeiro a capacidade para tomar banho, a seguir, para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa e alimentar-se. A recuperação dá-se na ordem inversa. A utilização desta escala serve como base para a comparação evolutiva individual. O escore total é a soma de respostas “sim”.

**Quadro 05 – Atividades de Vida Diária (AVD) – Escala de Katz**

ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
<b>Pontos (1 ou 0)</b>	<b>(1 ponto)</b> <b>SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal</b>	<b>(0 pontos)</b> <b>COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral</b>
<b>Banhar-se</b>	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
<b>Pontos: ( )</b>		
<b>Vestir-se</b>	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
<b>Pontos: ( )</b>		
<b>Ir ao banheiro</b>	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
<b>Pontos: ( )</b>		
<b>Transferência</b>	(1 ponto) Senta-se / deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se / deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
<b>Pontos: ( )</b>		
<b>Continência</b>	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
<b>Pontos: ( )</b>		
<b>Alimentação</b>	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral
<b>Pontos: ( )</b>		
<b>TOTAL</b>		
<b>Pontuação Final:</b>		
<b>Independente</b>		<b>6</b>
<b>Parcialmente dependente</b>		<b>4</b>
<b>Dependência total</b>		<b>2</b>

Fonte: SPIRDUSO, 2005

## 5.2 Avaliação das Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI) – Escala de Lawton-Brody

Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

**Quadro 06 – Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI) – Escala de Lawton-Brody**

ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	Consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
2	Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2

		Não consegue	1
3	Consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
4	Consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
5	Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
6	Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
7	Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
8	Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
9	Consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
<b>TOTAL</b>			
<b>Pontuação Final:</b>			
<b>Independente</b>		27 a 19	
<b>Parcialmente dependente</b>		18 a 10	
<b>Dependência total</b>		< 9	

Fonte: SPIRDUSO, 2005

### 5.3 Avaliação Nutricional

Toda perda de peso involuntária no idoso caracteriza FRAGILIDADE e deve ser investigada uma vez que a mortalidade de idosos com esta queixa é de 25% em um ano. O questionamento sobre redução de peso nos últimos 6 meses, involuntária ou não, é recomendado para todos os idosos (ou seus acompanhantes). Especial atenção é necessária aos idosos recém-cadastrados na UBS ou que não tiveram seu peso aferido em nenhuma avaliação há mais de um semestre. Perda de peso maior que 5% do peso corporal em 6 meses é considerada como significativa. Toda perda de peso deve ser investigada, independente do IMC. No idoso as principais causas de perda de peso são: alterações na cavidade oral, depressão, demência, doenças crônicas (DPOC, ICC, AVC), neoplasias, medicamentos (metformina, digoxina, inibidores seletivos recaptção de serotonina).

#### 5.3.1 Mini Avaliação Nutricional

A Mini Avaliação Nutricional (MAN) (GUIGOZ et L.,1994) é uma ferramenta útil para que médicos e outros profissionais façam uma avaliação rápida do risco de subnutrição. O questionário da MAN é composto de perguntas simples sobre medidas antropométricas (peso,

altura e perda de peso), informações dietéticas (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e capacidade de autoalimentação), avaliação global (estilo de vida, medicação, estado funcional) e autoavaliação (autopercepção da saúde e nutrição) para serem respondidas em menos de 10 minutos. Nos idosos com 12 pontos ou mais na triagem deve-se fazer a avaliação global. Na avaliação global idosos com mais de 17 pontos e menos de 23,5 estão em risco nutricional, aqueles com menos de 17 pontos é classificado como desnutrido.

Os idosos com excesso de peso devem ser encaminhados para os grupos de reeducação alimentar e de atividade física da UBS. Nestes grupos, além do monitoramento periódico do peso, do IMC e das orientações fornecidas pela Equipe de Saúde, os idosos podem ser encaminhados para avaliação nutricional para orientação das mudanças necessárias.

Nome:	
Data de nascimento:	Sexo:
Peso (kg):	Altura (cm):
Data da avaliação:	

Preencher a primeira parte deste questionário, indicando a resposta, somar os pontos da triagem. Caso o escore seja igual ou inferior a 11, concluir o questionário (Avaliação Global) para obter a Avaliação do Estado Nutricional.

#### Quadro 07 – Avaliação Global

TRIAGEM		AVALIAÇÃO	
<b>A</b>	Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?	Diminuição grave da ingestão	0
		Diminuição moderada da ingestão	1
		Sem diminuição da ingestão	2
<b>B</b>	Perda de peso nos últimos meses	Superior a três quilos	0
		Não sabe informar	1
		Entre um e três quilos	2
		Sem perda de peso	3
<b>C</b>	Mobilidade	Restrito ao leito ou à cadeira de rodas	0
		Deambula mas não é capaz de sair de casa	1
		Normal	2
<b>D</b>	Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	Sim	0
		Não	2
<b>E</b>	Problemas neuropsicológicos	Demência ou depressão graves	0
		Demência leve	1
		Sem problemas psicológicos	2
<b>F</b>	Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m <sup>2</sup> ])	IMC < 19	0
		19 ≤ IMC < 21	1
		21 ≤ IMC < 23	2
		IMC ≥ 23	3
<b>Escore de triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)</b>			
<b>12 pontos ou mais</b>		Normal: desnecessário continuar	

		a avaliação	
	<b>11 pontos ou menos</b>	Possibilidade de desnutrição: continuar a avaliação	
<b>AVALIAÇÃO GLOBAL</b>			
<b>G</b>	O usuário vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)	Não Sim	0 1
<b>H</b>	Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	Sim Não	0 1
<b>I</b>	Lesões de pele ou escaras?	Sim Não	0 1
<b>J</b>	Quantas refeições faz por dia?	Uma refeição Duas refeições Três refeições	0 1 3
<b>K</b>	O usuário consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? Sim ( ) Não ( ) • duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? Sim ( ) Não ( ) • carne, peixe ou aves todos os dias? Sim ( ) Não ( )	Nenhum ou uma resposta "sim" Duas respostas "sim" Três respostas "sim"	0,0 0,5 1,0
<b>L</b>	O usuário consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?	Não Sim	0 1
<b>M</b>	Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?	Menos de três copos Três a cinco copos Mais de cinco copos	0,0 0,5 1,0
<b>N</b>	Modo de se alimentar	Não é capaz de se alimentar sozinho Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade Alimenta-se sozinho sem dificuldade	0 1 2
<b>O</b>	O usuário acredita ter algum problema nutricional?	Acredita estar desnutrido Não sabe dizer Acredita não ter problema nutricional	0 1 2
<b>P</b>	Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o usuário considera a sua própria saúde?	Não muito boa Não sabe informar Boa Melhor	0,0 0,5 1,0 2,0
<b>Q</b>	Circunferência do braço (CB) em centímetros	CB < 21 21 ≤ CB ≤ 22 CB > 22	0,0 0,5 1,0
<b>R</b>	Circunferência da panturrilha (CP) em centímetros	CP < 31 CP ≥ 31	0 1
	Avaliação global (máximo 16 pontos)		
	Escore da triagem		
	Escore total (máximo 30 pontos)		
<b>AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL</b>			
	De 17 a 23,5 pontos	Risco de desnutrição	
	Menos de 17 pontos	Desnutrido	

Fonte: GUIGOZ *et al.*, 1994

## 5.4 Medida da Circunferência da Panturrilha

A circunferência da panturrilha é considerada a medida antropométrica mais sensível de massa muscular em idosos. Está indicada principalmente quando há impossibilidade de obtenção do peso corporal do idoso para o cálculo do IMC, pois detecta precocemente alterações da massa corpórea magra. Estas alterações da composição corporal relacionam-se a um maior risco de fraqueza, fragilidade, declínio funcional e morte. É uma ferramenta útil no monitoramento clínico de mudanças na massa magra devido à terapia nutricional ou reabilitação física.

A medida da circunferência da panturrilha deve ser realizada com fita métrica flexível e inelástica, com precisão de 0,1 cm. Deve ser medida prioritariamente com o idoso em pé, com os pés afastados e com seu peso distribuído em ambos os pés. A fita métrica deve ser posicionada horizontalmente ao redor da panturrilha, movendo-a para localizar a maior circunferência, onde deve ser feita a aferição. Para medir a circunferência da panturrilha em idoso cadeirante é importante que a perna do indivíduo esteja apoiada, de maneira que o joelho e o tornozelo fiquem dobrados em ângulo de 90 graus. O profissional deve ajoelhar-se ao lado da panturrilha do paciente, passar a fita métrica ao redor da mesma, movendo-a para localizar a maior circunferência, procedimento similar deve ser realizado para indivíduos acamados. Após estar em posição supina no leito, o paciente deve dobrar o joelho em ângulo de 90 graus, com a sola do pé apoiada na cama. O profissional deve permanecer ao lado do usuário e posicionar a fita métrica ao redor da panturrilha, movendo-a para localizar a maior circunferência.

**Figura 03** – Medição da circunferência da panturrilha



Fonte: Google

## 5.5 Avaliação do Humor

À pessoa idosa é necessário um cuidado especial devido ao risco de transtornos mentais, visto que essa população se torna mais vulnerável, não só a outras doenças e agravos, como também a situações de violência e violação de seus direitos.

A depressão é uma das doenças que pode atingir os idosos, potencializando a probabilidade de desenvolvimento da incapacidade funcional, acarretando uma série de prejuízos a sua qualidade de vida.

Suspeitando-se de depressão, a escala de depressão geriátrica poderá auxiliar no diagnóstico. Realizar as perguntas e orientar que as respostas precisam ser objetivas (sim) ou (não). Se o resultado for maior que 5 suspeitar de depressão se for maior que 10 é altamente sugestivo de depressão.

**Quadro 08 – Escala de Depressão Geriátrica (EDG)**

01.	Está satisfeito(a) com sua vida?	Não=1	Sim=0
02.	Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	Sim=1	Não=0
03.	Sente que a vida está vazia?	Sim=1	Não=0
04.	Aborrece-se com frequência?	Sim=1	Não=0
05.	Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	Não=1	Sim=0
06.	Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	Sim=1	Não=0
07.	Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Não=1	Sim=0
08.	Sente-se frequentemente desamparado(a)?	Sim=1	Não=0
09.	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim=1	Não=0
10.	Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	Sim=1	Não=0
11.	Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Não=1	Sim=0
12.	Vale a pena viver como vive agora?	Não=1	Sim=0
13.	Sente-se cheio(a) de energia?	Não=1	Sim=0
14.	Acha que sua situação tem solução?	Não=1	Sim=0
15.	Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim=1	Não=0

**Fonte:** Almeida e Almeida, 1999

O uso de substâncias ilícitas também deve ser investigado em casos de transtornos psiquiátricos em idosos, assim como é feito na população adulta jovem. A história de uso prévio também pode ser indicativa ou apontar para um diagnóstico psiquiátrico atual, visto que o consumo de substâncias ilícitas parece mais prevalente nos transtornos do humor, de ansiedade e da personalidade, psicose e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, em comparação a amostras saudáveis.

Vale lembrar que o próprio uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas pode mimetizar diversas alterações psiquiátricas, e a abstinência acarreta melhora progressiva do quadro. Além disso, a presença de sintomas de depressão ou ansiedade parece ser um aspecto importante no aumento das taxas de suicídio.

O manejo e a avaliação diagnóstica de idosos incluem alguns cuidados especiais, a saber:

- a) A história clínica, na maioria das vezes, deve ser realizada com usuário e informante;

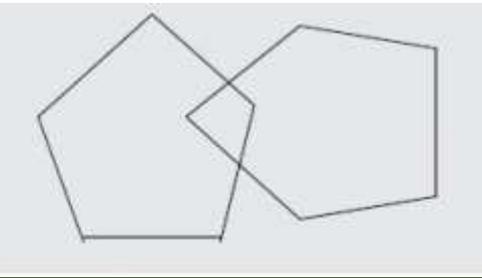
- b) Algumas vezes, uma visita domiciliar pode ser necessária; iii) o uso de substâncias deve ser rastreado mesmo em idosos em instituições de longa permanência;
- c) Os familiares podem ser complacentes com a dependência química;
- d) Os usuários podem esconder ou negar o uso de substâncias, principalmente as ilícitas; e
- e) As comorbidades físicas e o uso de diversos medicamentos devem ser considerados na avaliação do uso de álcool como de risco ou não.

## 5.6 Avaliação Cognitiva

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN e col., 1975) é o teste de rastreio mais empregado para avaliação da função cognitiva. É um teste simples e com alta confiabilidade que avalia a orientação temporo espacial, memória, cálculo, linguagem e habilidades construtivas. A pontuação inferior a 24 para os pacientes escolarizados sugere declínio cognitivo (se associada a alteração funcional). Para os indivíduos analfabetos não existe um consenso na literatura. Como o teste inclui itens de leitura e escrita, além da influência da escolaridade em outros itens, vários autores brasileiros avaliaram níveis de ponto de corte em analfabetos. Brucki e colaboradores (2003) encontraram boa sensibilidade e especificidade em escore de corte de 13 pontos nesta população. Já no estudo de Almeida (1998) o melhor corte para o diagnóstico de demência em idosos sem escolaridade foi de 20. Em outro trabalho, Caramelli e colaboradores (1999) obtiveram um corte de 18 pontos para analfabetos. O MEEM é um teste de rastreio, sugere que sujeitos com escores inferiores aos das medianas descritas, associados a perda funcional em relação ao nível prévio tenham suspeita de demência. Os indivíduos com escore alterado devem ser submetidos a avaliação neuropsicológica mais detalhada.

### Quadro 09 – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Usuário:	
Avaliador:	Data da avaliação: ____/____/____
<b>ORIENTAÇÃO</b>	
Dia da semana (1 ponto) ( )	Dia do mês (1 ponto) ( )
Mês (1 ponto) ( )	Ano (1 ponto) ( )
Hora aproximada (1 ponto) ( )	Local específico (1 ponto) ( )
Instituição (residência, hospital, clínica)(1 ponto)( )	Bairro ou rua próxima (1 ponto) ( )
Cidade (1 ponto) ( )	Estado (1 ponto) ( )
<b>MEMÓRIA IMEDIATA</b>	
Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao usuário pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. Depois repita as palavras e certifique-se de que o usuário as aprendeu, pois mais adiante você irá pergunta-las novamente.	( )
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO</b>	
(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) (Alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)	( )
<b>EVOCAÇÃO</b>	
Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavras)	( )
<b>LINGUAGEM</b>	

Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)	( )	
Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)	( )	
Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” (3 pontos)	( )	
Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)	( )	
Escrever uma frase (1 ponto)	( )	
Copiar um desenho (1 ponto)	( )	
		
<b>ESCORE: ( _____ /30)</b>		
<b>Escolaridade</b>	<b>Ponto de Corte</b>	<b>Comentários</b>
Analfabetos / baixa escolaridade	18 pontos	O ponto de corte no MEEM depende da sensibilidade e especialidade que se deseja do teste (Avaliação Quantitativa). Assim, o que importa é o desempenho qualitativo do usuário, particularmente nos itens que mais avaliam a memória episódica e, portanto, mais precocemente comprometidos nos quadros amnésicos, como a doença de Alzheimer. A presença de erros nas perguntas referentes à memória de evocação e orientação temporal devem ser mais valorizados, mesmo que a pontuação final esteja dentro da faixa considerada “normal” (Avaliação Qualitativa).
8 anos ou mais de escolaridade	26 pontos	

**Fonte:** Folstein, Folstein e McHugh, 1975.

## 5.7 Avaliação da Mobilidade

A avaliação da mobilidade é caracterizada por incluir estímulos mais específicos para agilidade e equilíbrio, a partir da combinação de várias ações cotidianas. A mobilidade também se estabelece como ponto fundamental da avaliação funcional, pois se relaciona intimamente com a probabilidade de quedas e, por conseguinte, impacto negativo na Capacidade Funcional (CF).

Um teste de mobilidade que tem sido amplamente utilizado para avaliação da CF do idoso é **Timed Up and Go** (TUG). Esse teste baseia-se em avaliar a velocidade de execução em levantar de uma cadeira com braços, caminhar três metros à frente, virar 180 graus, caminhar de volta e sentar na cadeira, caracterizando, assim, um conjunto de ações tipicamente rotineiras, fundamentais para mobilidade independente. O desempenho é afetado pelo tempo de reação, força muscular dos membros inferiores, equilíbrio e a facilidade da marcha. O tempo deve ser cronometrado desde o início e avaliado da seguinte forma:

- ✓ **< 20 segundos:** normal
- ✓ **20 e < 30 segundos:** atenção
- ✓ **30 segundos:** alterado (alto risco de queda e dependência funcional)

Os usuários com teste alterado (mais de vinte segundos) devem ser avaliados quanto as possíveis causas para intervenção, tratamento e reabilitação.

## 5.8 Avaliação de Risco Ambiental

Uma vez que frequentemente os idosos caem em domicílio é de extrema importância avaliar o risco ambiental. Sugere-se que esta avaliação o seja feita pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) através dos itens citados no quadro abaixo.

**Quadro 10** – Avaliação de risco ambiental

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
Áreas de locomoção	Desimpedidas, com barras de apoio.		
	Revestimentos uniformes, sem tapetes ou com tapetes bem fixos.		
Iluminação	Suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus.		
	Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos.		
	Sentinela: ilumina o quarto, o corredor e o banheiro		
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior		
	Cama com luz indireta		
Quarto	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis		
	Cadeira permitindo assentar-se para se vestir		
	Cama de boa altura (45 cm)		
Banheiro	Acessível e seguro		
	Área do chuveiro: antiderrapante		
	Box: abertura fácil, cortina bem firme		
	Presença de barras de apoio		
	Altura adequada do vaso sanitário		
Cozinha	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escadas; piso seco		
	Lava louça sem vazamentos e que permite entrada de cadeira de todas se necessário		
Escada	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degraus com faixa amarela		
	Corrimão bilateral sólido que se prolonga além do primeiro e do último degraus		
	Uniformidade dos degraus, com revestimento antiderrapante dos espelhos.		
Áreas externas	Irregularidades e obstáculos nos calçamentos		
	Vasos de plantas em altura acessível sem necessidades de se abaixar		

**Orientação:** Para cada item assinalado negativamente na Avaliação de Risco Ambiental, deve haver orientação referente a necessidade de melhoria / adequação para maior segurança do idoso, visando reduzir a possibilidade de quedas.

## 5.9 Avaliação de Medicação em Uso

A Organização Mundial de Saúde conceitua os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) como aqueles “que compreendem a comercialização, distribuição, prescrição, dispensação

e uso de medicamentos em uma sociedade, com especial ênfase em suas consequências sanitárias, sociais e econômicas” (DUKES, 1993).

A finalidade principal dos EUM é a promoção do uso racional de medicamentos, que, segundo Dukes (1993), “é o uso do medicamento, na dose correta pelo período necessário para assegurar sua eficácia, implica em conhecimentos específicos e atualizados por parte dos profissionais e compreensão do paciente sobre a importância do tratamento”.

Em uma ampla discussão promovida pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério para elaboração da Política Nacional de Medicamentos, o Uso Racional de Medicamentos ficou assim definido: “É o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade” (BRASIL, 1999).

#### Quadro 11 – Formulário para visita domiciliar (medicamentos)

Avaliação do Uso de Medicamentos no Momento da Visita Domiciliar	
O paciente sabe o que ele está usando e para que serve? ( ) Sim ( ) Não	
Local de armazenamento? ( ) Cozinha ( ) Quarto ( ) Banheiro ( ) Outros _____	
Excesso de medicamento? ( ) Sim ( ) Não	
Como o paciente faz uso da medicação? ( ) Leite ( ) Suco ( ) Água ( ) Outros _____ Observação: _____	
O paciente tem medicamento vencido? ( ) Sim ( ) Não	
Onde o paciente faz o descarte do medicamento vencido ou sem uso? ( ) Lixo comum ( ) Reciclável ( ) Vaso sanitário ( ) Farmácia ( ) Outros _____	

#### Quadro 12 – Lista de medicamentos

Lista de Medicamento	
1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.
Observação em relação aos medicamentos:	

## 6 AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL

A Avaliação Geriátrica Global (AGG) ou Avaliação Global do Idoso consiste num roteiro mínimo de investigação do idoso e sistematiza a atenção periódica da equipe multiprofissional ao mesmo. Esta avaliação não precisa ser feita em um único momento (consulta ou atendimento) ou por um único profissional. No entanto, é muito importante registrar no prontuário o item avaliado para evidenciar quais áreas já foram investigadas. Recomenda-se que os idosos da área de abrangência da UBS e cadastrados na Rede Municipal de Saúde passem pela AGG anualmente. A presença de alteração em qualquer item pesquisado indica necessidade de investigação complementar. Caso os problemas identificados não sejam abordados adequadamente podem conduzir a situações de incapacidade grave – imobilidade, instabilidade, incontinência, declínio cognitivo – colocando o idoso em risco de iatrogenia.

O quadro a seguir faz um resumo dos itens da Avaliação Geriátrica Global, adaptado do Caderno de Atenção Básica número 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

**Quadro 13 – Avaliação Geriátrica Global (AGG)**

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO	ORIENTAÇÕES
<b>1. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	Sem auxílio o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? Vestir-se? Preparar suas refeições? Fazer compras?	Se não > aplicar escalas de avaliação de funcionalidade: Índice de Katz (ANO) e Escalas Lawton-Brody (ANO), tentar identificar as razões da incapacidade e elaborar plano terapêutico.
<b>2. NUTRIÇÃO / SAÚDE BUCAL</b>	O/a Sr/a notou alteração de peso não intencional nos últimos 6 meses? Peso atual (kg), Altura (m) IMC = _____	Se triagem negativa, repetir avaliação em um ano. Caso haja alterações no peso; ou IMC > 27 ou < 22, ver texto abaixo.
<b>3. VISÃO</b>	O/a Sr/a tem dificuldade para ler ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais (mesmo com uso de óculos)?	Encaminhar ao oftalmologista com descrição clínica detalhada. Observar usuários com fatores de risco (p.ex. DM, doença reumatológica).
<b>4. AUDIÇÃO</b>	Aplique o teste do sussurro. A pessoa idosa responde à pergunta feita? Ouvido direito: _____ Ouvido esquerdo: _____ Se não responde, verificar a presença de cerume e tratar.	Se o teste for positivo (paciente não responde) encaminhar para avaliação no Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA) no Centrinho.
<b>5. HUMOR / DEPRESSÃO</b>	O/a Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (Almeida e Almeida, 1999).

<b>6. COGNIÇÃO E MEMÓRIA</b>	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Gelo – Leão – Planta Após 3 minutos pedir que os repita	Se for incapaz de repetir os nomes dos objetos, aplique o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folsteine McHugh, 1975).
<b>7. INCONTINÊNCIA URINÁRIA</b>	O/a Sr(a) tem perdido urina involuntariamente ou sentido-se molhado no último ano?	Se sim, pergunte: Quantas vezes? Isso provoca algum incomodo ou embaraço? Definir quantidade e frequência. Pesquise as causas.
<b>8. QUEDA / MARCHA</b>	Perguntar sobre quedas; Realizar o Teste <i>Get up and Go</i> (AGG)	Abordar as causas
<b>9. VIOLÊNCIA E SUPORTE FAMILIAR</b>	Observação de fatores de risco e indícios de violência.	Preencher ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (mesmo em caso suspeita).

Fonte: BRASIL, CAB nº19, 2010.

## 7 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A Atenção Primária assume um papel extremamente relevante na estratificação de risco do idoso e conseqüentemente no reconhecimento daquele que necessita de Atenção Especializada. Identificar o idoso que, independentemente da idade cronológica, encontra-se em maior risco de doenças agudas, hospitalização, incapacidades, quedas e maior demanda por serviços de saúde é fundamental para o planejamento das ações na saúde do idoso. A identificação de risco na população idosa pode ser avaliada pela presença do perfil de fragilização e seu maior marcador: o declínio funcional. A fragilidade constitui-se em uma síndrome multidimensional da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo da vida, que culmina em um estado de maior vulnerabilidade e maior adversidade a agravos.

Há critérios de definição de fragilidade completos, porém de difícil aplicação clínica diária. Algumas escalas, como a de Fried (2001), classificam em frágil os idosos que apresentam três ou mais dos seguintes sintomas: perda de peso não intencional, fadiga, redução de força, redução de atividade física e redução da velocidade de caminhada, corroborados pelos sinais clínicos de sarcopenia (redução da massa muscular), osteopenia (redução da massa óssea), alterações do equilíbrio e da marcha, limitações funcionais, descondicionamento físico e desnutrição. O reconhecimento dos idosos frágeis é necessário para a introdução imediata de medidas preventivas e/ou terapêuticas.

O declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade e é o foco da intervenção geriátrica e gerontológica, independentemente da idade do paciente. A presença de declínio funcional nunca deve ser atribuída à velhice e sim representar sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, principalmente pela ausência de sinais ou sintomas típicos. O diagnóstico de dependência funcional deve desencadear uma ampla investigação clínica baseada na Avaliação Geriátrica Ampla.

Todos os idosos com idade igual ou superior a 80 anos ou idosos com os critérios listados a seguir (sugeridos pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e OMS) apresentam alto risco para o desenvolvimento de incapacidades, sendo considerados portadores de declínio funcional iminente, ou idoso frágil/vulnerável:

Idosos com 80 anos e mais; ou

Idosos com 60 anos e mais e a presença de:

- ✓ Polipatologias: presença de cinco ou mais comorbidades ( $\geq 5$  diagnósticos);
- ✓ Polifarmácia: indivíduo em uso de cinco ou mais medicamentos por dia;
- ✓ Imobilidade parcial ou total (idoso acamado);
- ✓ Incontinência urinária ou fecal;
- ✓ Instabilidade postural: caracterizado principalmente por quedas de repetição;
- ✓ Incapacidade cognitiva: com suspeita ou diagnóstico de declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão e delirium (confusão mental aguda);

- ✓ Idosos com história de internações frequentes (três ou mais internações em um ano) e pós alta hospitalar;
- ✓ Idosos dependentes nas atividades de vida diária (AVDs), ou seja, dependente para alimentação, banho, transferências, higienização e vestuário;
- ✓ Insuficiência familiar: idosos em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias, como em instituição de longa permanência para idosos (ILPIs);
- ✓ Portadores de fraturas de fêmur ou vertebrais;
- ✓ Perda involuntária de peso (>4,5 kg ou >5% peso corporal total em um ano).

Cerca de 7% dos idosos maiores de 65 anos e 20% dos maiores de 80 anos podem ser considerados frágeis. Os idosos frágeis podem ser portadores de condições múltiplas, com alto grau de complexidade clínica, incapacidades, dúvida diagnóstica ou terapêutica. O idoso frágil possui diminuição da reserva energética e da resistência a estressores. Acredita-se que a síndrome seja um continuum potencialmente reversível quando identificada e assistida precocemente.

Nos extremos dessa classificação clínico-funcional temos os idosos robustos que são independentes para todas as atividades de vida diária e portadores de condições clínicas mais simples e os idosos em fase final de vida que apresentam alto grau de dependência física e baixa expectativa de sobrevida.

Para identificar o idoso frágil (ou vulnerável) o Ministério da Saúde, através da 4ª edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2017c), propõe a utilização do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (*Vulnerable Elders Survey – VES-13*) (LUZ *et al.*, 2012). É um instrumento simples e eficaz, traduzido e adaptado para a língua portuguesa e pode ser aplicado por qualquer profissional da área da saúde. O questionário valoriza a idade, a autopercepção da saúde, a presença de limitação física e de incapacidades. Cada item recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de 0 a 10 pontos (quadro 14). Pontuação igual ou superior a três pontos significa um risco de 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, quando comparado com idosos com pontuação  $\leq 2$  pontos, independentemente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes.

A proposta é que o VES-13 seja aplicado pelos agentes comunitários de saúde ou técnicos de enfermagem previamente treinados e supervisionados pelo enfermeiro da Unidade Básica de Saúde (UBS). Todos idosos do município devem ser avaliados anualmente para identificar aqueles em risco para fragilização. Após identificados, os idosos frágeis (VES-13 > 7) ou aqueles em fragilização (VES-13 de 3 a 7) serão encaminhados para uma avaliação multidimensional, pelo médico e equipe, conforme orientações descritas no capítulo da Avaliação Geriátrica Global. Estes idosos precisam de monitoramento frequente pela equipe da UBS, uma vez que apresentam maior risco de doença e morte. Após a aplicação Avaliação Geriátrica Global caso ainda persistam dúvidas diagnósticas, falha terapêutica ou complicações, o idoso deverá ser encaminhado para avaliação com o geriatra, conforme Fluxograma de Atendimento à Pessoa Idosa (figura 04).

**Quadro 14 – Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13)**

Protocolo de Identificação do Idosos Vulnerável (VES – 13) ( <i>Vulnerable Elders Survey</i> )						
<b>1 IDADE</b>					60 à 74 anos	0
					75 à 84 anos	1
					≥ 85 anos	3
<b>2 AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE</b>  Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:					Excelente	0
					Muito boa	0
					Boa	0
					Regular	1
					Ruim	1
<b>3 LIMITAÇÃO FÍSICA</b> Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas  <b>Pontuação:</b> 1 ponto para cada resposta “muita dificuldade*” ou “incapaz de fazer*”, nas questões 3a até 3f <u>considerar no máximo 2 pontos</u>		Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (alguma) dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer* (Não consegue fazer)
	a. Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se?	( )	( )	( )	( )*	( )*
	b. Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	( )	( )	( )	( )*	( )*
	c. Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	( )	( )	( )	( )*	( )*
	d. Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	( )	( )	( )	( )*	( )*
	e. Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	( )	( )	( )	( )*	( )*
	f. Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	( )	( )	( )	( )*	( )*
<b>4 INCAPACIDADES</b> Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:  <b>Pontuação:</b> Considerar 4 pontos para uma ou mais respostas “sim*”. Nas questões 4a até 4e, <u>considerar no máximo 4 pontos</u>	a. Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?					
	( ) SIM (Você recebe ajuda para fazer compras?)				( ) SIM*	( ) NÃO
	( ) NÃO					
	( ) NÃO FAÇO COMPRAS (Isto acontece por causa de sua saúde?)				( ) SIM*	( ) NÃO
	b. Lidar com dinheiro (como controlar suas despesas, gastos ou pagar contas?)					
( ) SIM (Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?)				( ) SIM*	( ) NÃO	
( ) NÃO						
( ) NÃO LIDO COM DINHEIRO (Isto acontece por causa de sua saúde?)				( ) SIM*	( ) NÃO	

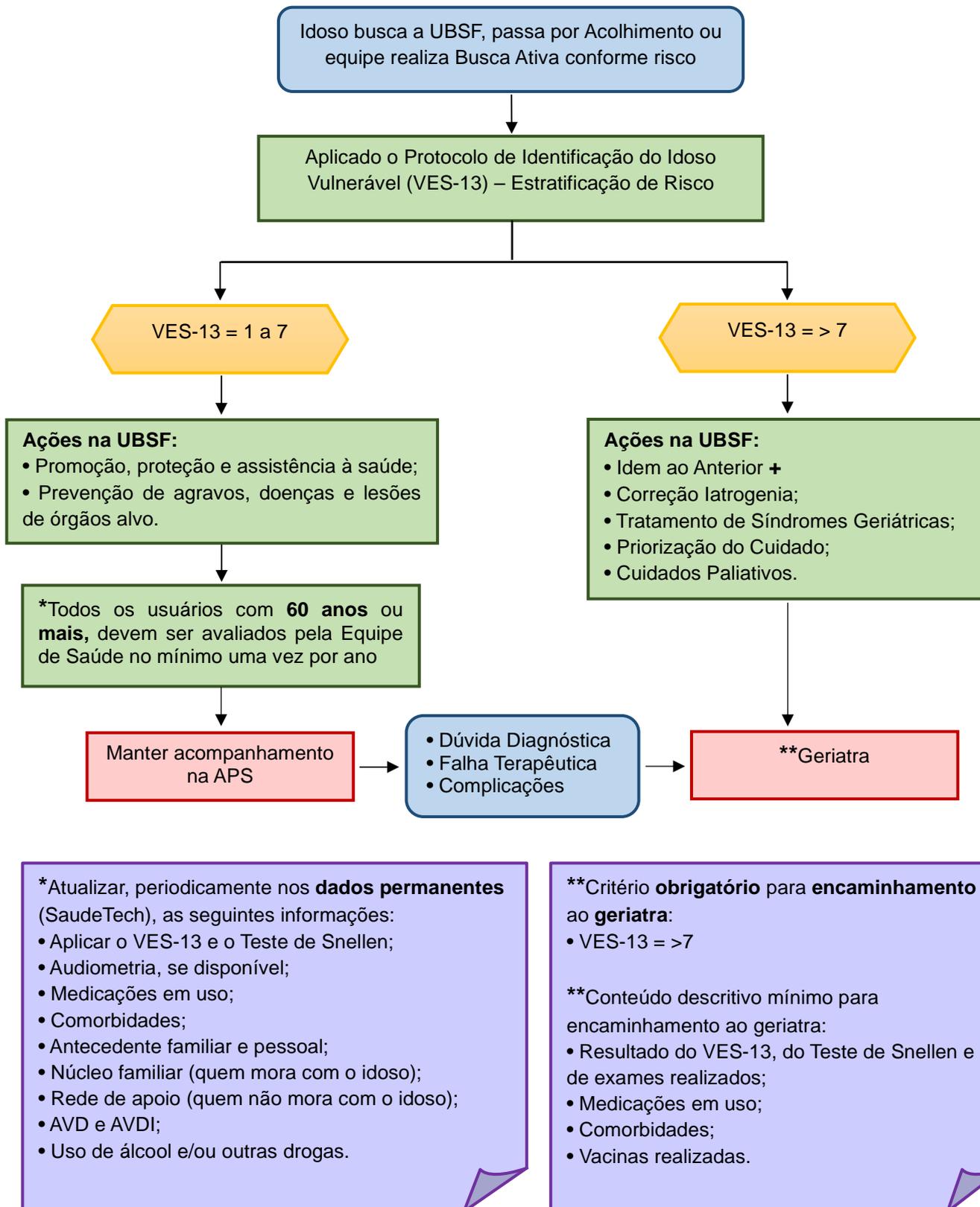
	c. Atravessar o quarto andando ou caminhar pela sala? (É permitido o uso de bengala ou andador)		
	( ) SIM (Você recebe ajuda para andar?)	( ) SIM*	( ) NÃO
	( ) NÃO		
	( ) NÃO ANDO (Isto acontece por causa de sua saúde?)	( ) SIM*	( ) NÃO
	d. Realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve)?		
	( ) SIM (Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?)	( ) SIM*	( ) NÃO
	( ) NÃO		
	( ) NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES (Isto acontece por causa de sua saúde?)	( ) SIM*	( ) NÃO
	e. Tomar banho de chuveiro ou banheira?		
	( ) SIM (Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?)	( ) SIM*	( ) NÃO
	( ) NÃO		
	( ) NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA (Isto acontece por causa de sua saúde?)	( ) SIM*	( ) NÃO
<b>CLASSIFICAÇÃO FINAL</b>	NÃO VULNERÁVEL	pontuação < 3	
	VULNERÁVEL	pontuação ≥ 3	
<b>Fonte:</b>			
1. MAIA, F.O.M <i>et al.</i> <b>Adaptação transcultural do <i>Vulnerable Elders Survey – 13 (VES-13)</i></b> : contribuição para a identificação de idosos vulneráveis. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.46 [Esp], p.116-22, 2012.			
2. LUZ, L.L. <i>et al.</i> <b>Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento <i>The Vulnerable Elders Survey – 13 (VES-13)</i> para o português</b> . Caderno de Saúde Pública, n.29, p.621-628, 2013.			
3. SALIBA, D, <i>et al.</i> <b><i>The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community</i></b> . Journal of the American Geriatrics Society, New York, v.49, p.1691-1699, 2001.			

**Quadro 15 – Classificação do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (*Vulnerable Elders Survey* – VES-13)**

<b>Classificação</b>	<b>Descrição</b>
<b>VES-13 = 1 a 3</b> <b>Idoso robusto</b>	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AVD instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco. Inclui ainda aqueles com condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial não complicada e/ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, dentre outras; e aqueles que apresentam doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica.
<b>VES-13 = 3 a 7</b> <b>Idoso em fragilização ou idoso frágil com risco iminente de declínio funcional</b>	São idosos que apresentam evidências de sarcopenia, comprometimento cognitivo leve e/ou comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia ou internação recente), mas continuam independentes para todas as atividades de vida diária, incluindo as avançadas, definidas como as atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais.
<b>VES-13 &gt; 7</b> <b>Idoso frágil ou com declínio funcional estabelecido</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária. Inclui também aqueles totalmente dependentes para todas as atividades (que necessitam de ajuda para todas as atividades) inclusive alimentação.
<b>Fonte:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. MAIA, F.O.M <i>et al.</i> <b>Adaptação transcultural do <i>Vulnerable Elders Survey</i> – 13 (VES-13):</b> contribuição para a identificação de idosos vulneráveis. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.46 [Esp], p.116-22, 2012.</li><li>2. LUZ, L.L. <i>et al.</i> <b>Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento <i>The Vulnerable Elders Survey</i> – 13 (VES-13) para o português.</b> Caderno de Saúde Pública, n.29, p.621-628, 2013.</li><li>3. SALIBA, D, <i>et al.</i> <b><i>The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community.</i></b> Journal of the American Geriatrics Society, New York, v.49, p.1691-1699, 2001.</li></ol>	

## 7.1 Fluxograma de Encaminhamento para Consulta com Geriatra

Figura 04 – Fluxograma de encaminhamento para consulta com geriatra



Fonte: Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa, SES/Joinville – 2020

## 8 IATROGENIA

Iatrogenia é qualquer alteração patogênica gerada pela prática médica e também por todos os outros profissionais de saúde mesmo que a intervenção tenha sido bem indicada (do radical grego: iatros = médico e gênese = produzir). Este princípio é fundamental no cuidado do idoso uma vez que ele é mais vulnerável às reações adversas associadas a drogas e outras intervenções não medicamentosas. Os principais fatores de risco de iatrogenia no idoso são: redução da reserva homeostática, polipatologia, cuidados por vários médicos, polifarmácia, apresentação atípica das doenças, alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, frequente exclusão dos idosos de *guidelines*, protocolos, diretrizes e ensaios clínicos sobre efetividade e segurança dos tratamentos farmacológicos. Cuidados que devem ser observados (ler item 3.14 Farmacocinética e Envelhecimento na página 31):

- ✓ Evitar o uso de medicamentos inadequados como o hipoglicemiante glibenclamida pela meia-vida longa, metildopa pelo alto risco de hipotensão ortostática e o biperideno pelo efeito anticolinérgico;
- ✓ Ao introduzir, retirar, aumentar ou reduzir a dose de uma droga podemos modificar o efeito de outra droga;
- ✓ Evite uso de medicamentos placebos e de eficácia não comprovada;
- ✓ Confira em toda a consulta os medicamentos que o paciente está em uso. Frequentemente o idoso frequenta outros médicos e não considera como remédio os laxativos, colírios, analgésico de uso irregular, entre outros;
- ✓ Facilite a posologia dos medicamentos;
- ✓ Tente usar um medicamento para abordar dois problemas;
- ✓ Sempre desconfie de falta de adesão ao tratamento.

A iatrogenia medicamentosa é a mais comum e mais grave, contudo, outros tipos de iatrogenias também podem ocorrer como: infecção do trato urinário pela passagem de sonda vesical de alívio, desnutrição por orientação inadequada de dieta, fratura decorrente de atividade da fisioterapia, hematoma por venóclise, úlcera por pressão por falta de mudança de decúbito, considerar queixas do idoso como próprias da idade sem investigação e a distanásia.

## 9 VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

A violência é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade. As pessoas idosas, em função dos aspectos fisiológicos próprios do processo de envelhecimento e das doenças comuns nesta faixa etária, estão especialmente suscetíveis à violência, especialmente doméstica ou intrafamiliar. Este risco pode ser aumentado por condições particulares, individuais, familiares ou coletivas. A pessoa idosa torna-se mais vulnerável à violência a medida em que apresenta maior dependência física ou mental. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados ou sobrecarregados tendem a agravar essa situação, conforme descrito no Caderno de Atenção Básica número 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (BRASIL, CAB nº19, 2010).

As pessoas idosas com aspecto descuidado, que apresentem marcas no corpo mal explicadas ou sinais de quedas frequentes e que tenham familiares ou cuidadores indiferentes a elas, podem estar sendo vítimas de violência. A identificação de sinais de violência contra as pessoas idosas é frequentemente negligenciada no atendimento à saúde, quer pela dificuldade em identificá-los quer pela ausência de suporte formal para auxiliar tanto a(s) vítima(s) quanto os profissionais (BRASIL, CAB nº19, 2010).

Segundo a Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.

A violência física caracteriza-se pelo uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.

Violência sexual ou abuso sexual refere-se ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos podem visar excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.

O abuso econômico e financeiro também são formas de violência e consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.

O abandono, que pode ser moral ou material por parte dos familiares e manifesta-se pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.

A negligência, caracterizada pela recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais, estão entre as formas de violência mais presentes no país. Manifesta-se, frequentemente, associada a outros abusos que

geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as pessoas que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

Ainda constitui uma forma de violência a autonegligência, quando é a conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de ter cuidados consigo mesma. Neste caso não se trata do “outro”, mas a própria pessoa idosa que comete a violência.

Independente do tipo de violência, a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (alterada pela Lei nº 12.461/2011) que aprova o Estatuto do Idoso determina que “os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I – Autoridade Policial;
- II – Ministério Público;
- III – Conselho Municipal do Idoso;
- IV – Conselho Estadual do Idoso e
- V – Conselho Nacional do Idoso.

Portanto, todos os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a pessoa idosa devem ser **NOTIFICADOS**, utilizando-se a ficha de notificação / investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências disponível na própria Unidade de Saúde, Sistema SAUDETECH, além da comunicação aos órgãos citados.

A notificação compulsória a autoridade sanitária, tem como objetivo auxiliar a vítima na defesa de seus direitos; os profissionais para que não se configure omissão (passível de punição legal) e, ainda, contribuir para o registro epidemiológico desses agravos externos à saúde (BRASIL, CAB nº19, 2010).

## 9.1 Dispositivos para denúncia de violência

A seguir, os locais onde devem ser realizadas as denúncias de violência contra as pessoas idosas em Joinville:

- ✓ Disque Direitos Humanos (**DISQUE 100**): Serviço de atendimento telefônico gratuito, que funciona 24 horas por dia, nos 7 dias da semana. As denúncias recebidas no Disque 100 são analisadas, tratadas e encaminhadas aos órgãos responsáveis;
- ✓ Disque Denúncia (**DISQUE 181**): Serviço destinado a mobilizar a sociedade na luta contra o crime e a violência no Estado de Santa Catarina, proporcionando uma resposta rápida e efetiva ao combate ao crime, sua principal característica é o caráter sigiloso dos procedimentos;
- ✓ Centro de Referência Especializado de Assistência Social (**CREAS**): CREAS Bucarein, CREAS Sul (Itaum) e CREAS Norte (América) – Serviço de Proteção Social para Pessoas com Deficiência, Idosos e suas Famílias;

- ✓ **Delegacias de Polícia:** Delegacia de Proteção à Criança, Adolescente, Mulher e Idoso. Endereço: Rua Doutor Plácido Olímpio de Oliveira, nº 843 – Bairro: Bucarein, Joinville/SC. Telefone: (47) 3481-2813;
- ✓ Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (**COMDI**): recebe sugestões, reclamações, reivindicações ou denúncias de ações ou omissões, relativas ao direito do idoso especialmente coletivas (ex: não cumprimento do estatuto do idoso em ambientes públicos, estabelecimentos comerciais ou Instituições de Longa Permanência (ILP)). Endereço: Casa dos Conselhos – Rua Afonso Penna, nº 840 – Bairro: Bucarein, Joinville/SC. Telefone (47) 3432-8543;
- ✓ **Ministério Público:** 15ª Promotoria de Justiça / Cidadania. Endereço: R. Hermann Augusto Lepper, 980 – Bairro: Saguacú, Joinville/SC. Fórum de Joinville.

## 10 CUIDADOR

O termo Cuidador é utilizado para definir a pessoa que está envolvida com a Atenção do Idoso. Chamamos de cuidador formal o grupo de profissionais relacionados à saúde, contratados para prestação de serviço. Já o cuidador informal é aquele que nasce da rede de relacionamento do idoso em especial da família. No Brasil usualmente o cuidador é um cuidador informal, do sexo feminino e muitas vezes também idoso. Geralmente se trata de pessoa leiga e sem preparação para esta tarefa, cabendo à equipe de saúde seu apoio e sua informação, pois quanto mais e melhor informado se encontrar o cuidador, mais apto estará para lidar com os desafios encontrados em sua rotina diária.

Sugere-se o planejamento prévio das atividades do cuidador conjuntamente com a Equipe de Saúde e sua família, onde deve constar de forma clara o que está apto, o que pode e o que deve desempenhar. Assim como o responsável técnico das Instituições de Longa Permanência devem definir as atividades dos respectivos cuidadores. É importante que estas atividades estejam claramente discriminadas assim como quem por elas é responsável, os procedimentos que não podem e não devem ser realizados, bem como os sinais e sintomas que possam representar perigo e quando acionar a Unidade de Saúde ou serviço de urgência/emergência.

Cabe ressaltar que a avaliação da saúde física, mental e social do cuidador é considerada fundamental na avaliação multidimensional do idoso. Importante identificar se há Rede de Apoio a este cuidador, principalmente se este não tiver formação profissional, pois a carga de estresse e fragilidade neste contexto de apoio ao idoso fragilizado também leva a um adoecimento deste cuidador. É frequente encontrarmos cuidadores idosos tão frágeis quanto os idosos que estão sendo cuidados e vivenciando um alto nível de estresse e sobrecarga.

Na suspeita de estresse do cuidador sugere-se utilizar o Inventário de Sobrecarga de Zarit (item 11.1). Esta escala foi validada no Brasil e consiste em 22 questões que avaliam o impacto das atividades de cuidados nas esferas física, psicológica e social.

Seguem algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador conforme descritas no Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b):

- ✓ Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;
- ✓ Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada;
- ✓ Ajudar nos cuidados de higiene;
- ✓ Estimular e ajudar na alimentação;
- ✓ Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos;
- ✓ Estimular atividades de lazer e ocupacionais;
- ✓ Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto;
- ✓ Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde;
- ✓ Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada;

- ✓ Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

**Saiba mais:** acesse o **Guia Prático do Cuidador** do **Ministério da Saúde**, disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf) ou no Sistema de Informação Intranet – SES/Joinville (Pub. Documentos/documentos/NARAS/Saúde da Pessoa Idosa./Guia Prático do Cuidador).

## 11 AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR

Em 1985, Zarit e colaboradores desenvolveram o Inventário de Sobrecarga do Cuidador (Zarit Burden Interview – ZBI). Aplicado em muitos países, atualmente é a escala mais utilizada para avaliação da sobrecarga em cuidadores de idosos com demência. Ainda pode ser utilizada em cuidadores de idosos com outras doenças físicas, tais como AVC, doenças crônicas, câncer, além de transtornos psiquiátricos.

A escala foi construída para ser auto aplicada, mas também pode ser administrada por um entrevistador. Neste caso, o entrevistador lê cada item e pede ao entrevistado para escolher a resposta que considerar correta. As instruções para o uso da escala devem ser lidas antes da sua aplicação.

### 11.1 Inventário da Sobrecarga do Cuidador (Escala de *Burden Interview*, Zarit, 1987)

Usuário: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

#### Quadro 16 – Escala de *Burden Interview* (avaliação da sobrecarga)

**INSTRUÇÕES:** A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam da outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira: nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente, ou sempre. Não existem respostas certas ou erradas.

**S = Sujeito**

**0 = Nunca / 1= Raramente / 2 = Algumas Vezes / 3= Frequentemente / 4 = Sempre**

		0	1	2	3	4
01	O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?					
02	O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e trabalho?					
03	O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
04	O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa de seu envolvimento com S?					
05	O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?					
06	O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?					
07	De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S?					

Fonte: Zarit & Zarit, 1987.

#### Quadro 17 – Resultado da avaliação da sobrecarga

Leve	até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	acima de 22 pontos

## 12 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)

A Instituição de Longa Permanência, também conhecida como ILPI é um local que recebe pessoas com 60 anos ou mais. São instituições governamentais e não governamentais de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo que tenham ou não suporte familiar. Tipificado pelo Sistema Único de Assistência Social.

O papel do Estado na área de cuidados de longa duração para idosos, se dá quase que exclusivamente ao abrigamento de idosos hipossuficiente. Desta forma para acessar a ILPI é através de recursos próprios e/ou de familiares/comunidade.

Estes locais também são ou foram conhecidos como: asilo, casa de repouso, abrigo sendo o atual ILPI.

São vários os motivos que fazem com que o idoso não more em sua residência. Ao longo da história, o cuidado com pessoas com alguma incapacidade funcional ou dependência se desenvolveu no espaço privado do domicílio, geralmente por familiares. Entretanto, esse cuidado foi se mostrando cada vez mais difícil, por causa da mudança na formação das famílias e do ingresso da mulher, a cuidadora familiar de eleição, no mercado de trabalho. Assim, o Estado e as instituições privadas passaram a dividir com a família as responsabilidades pelo cuidado com essa população, oferecendo diversas modalidades de serviços para sua assistência. As Instituições de Longa Permanência para Idosos têm se constituído em alternativa importante para esse cuidado. Em geral conhecidas como asilos (do grego asylon, local onde as pessoas sentem-se abrigadas e protegidas contra diversos danos de qualquer natureza), as instituições de longa permanência para idosos historicamente têm sua origem fundamentada na caridade e no atendimento básico das necessidades de vida, como ter onde se alimentar, se banhar e dormir.

A gestão dos cuidados deve ser de responsabilidade de profissional devidamente capacitado.

Os cuidados têm de ser individualizados e compreender, além da higiene, o conforto e a alimentação do idoso, atividades de ocupação do tempo livre, de promoção da saúde e de prevenção de incapacidades, devendo ser planejados e avaliados pelo profissional responsável, em conjunto com a equipe de cuidados, o residente e seus familiares.

É importante que os cuidados prestados e as atividades desenvolvidas individual e coletivamente sejam registrados todos os dias no prontuário individual do idoso e avaliados periodicamente, de forma a permitir ajustes no plano de cuidados.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária identificou a necessidade de regulamentação destas instituições e por isso publicou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, que tem como objetivo prevenir e reduzir os riscos à saúde aos quais ficam expostos que residem nestas instituições.

Além disso, a RDC nº 283/2005 dispõe que a instituição deve ter pelo menos um responsável técnico de nível superior, um profissional de nível superior da área de lazer e

cuidadores de acordo com o grau de dependência e número de residentes, além dos profissionais dos serviços de alimentação, limpeza e lavanderia. **Caso os residentes necessitem de cuidados de saúde, a instituição pode contar com o Sistema Único de Saúde (SUS)** e com os convênios e planos de saúde individuais dos idosos.

Cabe ressaltar que, com base no princípio de territorialização, a APS deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, realizando estratificação de risco dos idosos para estabelecer o cuidado a ser ofertado, independente do local de moradia (residência ou instituições, sejam elas, públicas ou privadas).

## 13 ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

A Atenção Integral à Saúde das pessoas idosas é, necessariamente, intersetorial, uma vez que o setor Saúde é apenas um dos aspectos que compõem o cuidado, considerando a necessidade de ações em todos os campos que promovam e protejam o envelhecimento saudável. Algumas questões notoriamente implicadas na autonomia e na qualidade de vida das pessoas idosas, apontam a necessidade de uma relação mais estreita dos serviços de saúde com os serviços socioassistenciais vinculados à rede do SUAS para viabilizar o acesso aos cuidados de longa duração, a tecnologias assistivas, à reabilitação em saúde, à reabilitação profissional e a benefícios previdenciários e socioassistenciais. Além disso, a integralidade do cuidado indica, em muitos casos, a necessidade de planejamento e ação conjunta com as políticas de Educação, Trabalho, Previdência Social, Direitos Humanos, Habitação, Transporte, Cultura, viabilizando a proteção dos direitos, bem como o acesso à moradia, à mobilidade urbana, à cultura, ao lazer, entre outros.

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

### 13.1 Articulação com a Educação

Secretaria de Educação (SED) de Joinville é um órgão da Administração Direta do Município de Joinville, cujas finalidades são “garantir o acesso, a permanência, o sucesso escolar do aluno, mediante ensino-educação realizado com competência profissional, com comprometimento, construindo a formação global do aluno, constituída de conhecimentos, de valores comportamentais, de entendimento do mundo do trabalho; promover a formação profissional de jovens e adultos” (Lei Complementar nº 495/2018, Art. 2º – VIII).

A Educação de Jovens e Adultos (EJA) é uma modalidade de ensino destinada a estudantes que não completaram o Ensino Fundamental (1º ao 9º ano). Destina-se a estudantes a partir de 15 anos de idade. A primeira etapa deste serviço é o cadastramento do interessado ou responsável. Esta etapa é realizada por meio de formulário eletrônico (usuário pode fazer diretamente pela internet, <https://www.joinville.sc.gov.br/servicos/efetivar-matricula-na-educacao-de-jovens-e-adultos-eja/> ou, caso não tenha acesso, deve comparecer a uma Escola Municipal para obter ajuda).

Atualmente a Secretaria de Educação oferece a EJA por meio de 2 programas:

- ✓ Presencial 1º Segmento: Corresponde aos anos iniciais do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano). Atende jovens, adultos e idosos e tem como objetivo alfabetizar e/ou oportunizar a continuidade dos estudos aqueles que não concluíram os anos iniciais.

- ✓ Presencial 2º Segmento: Corresponde aos anos finais do Ensino Fundamental (6º ao 9º ano). Atende jovens, adultos e idosos e tem como objetivo oportunizar a elevação da escolaridade integrada a qualificação profissional. Oferece um currículo integrado, flexível e participativo, possibilitando novas aprendizagens a partir dos saberes existentes e vividos.

No Estado de Santa Catarina a oferta de Educação Básica aos jovens e adultos é realizada pelos 40 Centros de Educação de Jovens e Adultos (CEJAs), através de ensino presencial por disciplinas. Em Joinville o CEJA localiza-se na Rua: Alexandre Schlemm, 110, bairro Bucarein; telefones: (47) 3431-1492 / (47) 3431-1493 / (47) 3433-6684. São oferecidos cursos presenciais e avaliação no processo, nos níveis de Ensino Fundamental – Anos Iniciais (1º ao 5º ano), Ensino Fundamental – Anos Finais (6º ao 9º ano) e Ensino Médio, para que os adolescentes, jovens e adultos inseridos no programa, possam iniciar continuar ou concluir o processo de escolaridade básica.

A **Oficina da Memória Literária** é ofertada na Biblioteca Municipal de Joinville, com objetivo de trabalhar a memória cognitiva do idoso utilizando como ferramenta a literatura em geral. A forma de acesso (inscrição) pode acontecer pessoalmente na Biblioteca Pública no período matutino ou por telefone, no número 3422-7000. Pode ser acessado por pessoas acima de 55 anos.

### **13.2 Articulação com a Secretaria de Esporte (SESPORTE) e Secretaria de Planejamento Urbano e Desenvolvimento Sustentável (SEPUD)**

A Secretaria de Esportes (SESPORTE) é um órgão da administração direta do Município de Joinville, cuja finalidade é “projetar e executar a política de esportes do Município de Joinville, fomentando práticas desportivas formais e não formais” (Lei nº 8.363/2017).

Atualmente a SESPORTE desenvolve as seguintes atividades para pessoas com mais de 60 anos:

- ✓ Escolha da Realeza da Terceira Idade;
- ✓ Olimpíada da Terceira Idade;
- ✓ Baile de Encerramento com Dança Coreografada e Dança de Salão;
- ✓ Jogos Abertos da Terceira Idade (JASTI), etapa Regional;
- ✓ Jogos Abertos da Terceira Idade (JASTI), etapa Estadual;
- ✓ Festa do Dia do Idoso;
- ✓ Programa Mexa-se (Aulas de Ginástica, Corrida, Defesa Pessoal e Esportes). Para o acesso a este programa, a pessoa idosa entrará em contato pelo telefone 3433-1160, para que a SESPORTE verifique o núcleo mais próximo da casa do idoso, informando o horário da aula, para que se dirija até o local para realizar a matrícula diretamente com o professor.

A Secretaria de Planejamento Urbano e Desenvolvimento Sustentável (SEPUD) é um órgão da Administração Direta do Município de Joinville, cujas finalidades são “planejar políticas

de desenvolvimento urbano do Município, indicando e coordenando seus meios de execução, visando o desenvolvimento sustentável da cidade, promover ações que busquem integrar o Município com as diversas cidades, regiões ou países, no sentido de incentivar o intercâmbio educacional, cultural e o desenvolvimento econômico” (Lei Complementar nº 495/2018, Art. 2º – XVIII). Seguem algumas das ações propiciadas por esta Secretaria:

- ✓ Elabora Projetos de Equipamentos Públicos, como parques, praças, áreas de lazer e recreação, entre outros, acessíveis a pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida;
- ✓ Revitaliza áreas da cidade, visando a melhoria da qualidade de vida de todas as pessoas usuárias destes espaços urbanos;
- ✓ Desenvolve projetos de melhoria da mobilidade urbana, priorizando a circulação de modos não motorizados (pedestres e ciclistas) e promovendo a qualificação do Sistema de Transporte Coletivo do Município.

Maiores informações podem ser obtidas pelo telefone (47) 3422-7333, de segunda a sexta, 8h às 14h, exceto feriados e pontos facultativos. A SEPUD fica na Rua Quinze de novembro, 485, Centro.

### **13.3 Articulação com a Secretaria de Assistência Social (SAS)**

A intersetorialidade propicia a otimização dos recursos existentes, visando a maior integralidade e resolutividade. Nessa lógica, tem sido fundamental a atuação em conjunto da Secretaria da Saúde com a SAS. Este tem como responsabilidade a articulação e organização de todas as ações sócio assistenciais, as quais se dividem por suas especificidades e tipos de proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

A Proteção Social Básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento e aquisição de potencialidades, e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Abrange os seguintes programas/projetos e serviços:

Já a Proteção Social Especial, compreende:

- ✓ **Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF):** Os CRAS são espaços físicos localizados, estrategicamente em áreas de vulnerabilidade social onde acontece o PAIF. São desenvolvidas ações de atenção à família em situação de risco e exclusão social, articulados com a rede de serviços sócio assistenciais, viabilizando o processo de emancipação social. O CRAS presta atendimento sócio assistencial, articulando os serviços disponíveis em cada localidade e

potencializando a rede de proteção social básica. Para maiores informações, acessar: <https://www.joinville.sc.gov.br/institucional/sas/ups/>

- ✓ **Proteção Social Especial de Média Complexidade:** São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Difere-se da proteção básica por se tratar de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, além de acompanhamento sistemático e monitorado. Para maiores informações, acessar: <https://www.joinville.sc.gov.br/institucional/sas/upe-sas/>
- ✓ **Centro de Referência em Assistência Social, Proteção Social Especial (CREAS):** A Proteção Social Especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Desenvolve serviços de média e alta complexidade.
- ✓ **Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP):** O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) é uma unidade de serviço social especializado do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que oferta serviço sócio assistencial para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência, assegurando 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.
  - Localização: Rua Paraíba, 937 – Anita Garibaldi – 89203-502, Joinville – SC
  - Horário ao público: segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, exceto feriados e pontos facultativos
  - Telefone: (47) 3433-3341

A Secretaria de Assistência Social (SAS) está localizada na Rua Araranguá, 397, bairro América. Para maiores informações, acessar: <https://www.joinville.sc.gov.br/institucional/sas/>

- Horário ao público: segunda a sexta-feira, das 8h às 14h, exceto feriados e pontos facultativos
- Telefone: (47) 3434-4831

#### 13.4 Articulação com a Sociedade Civil Organizada

O Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (COMDI) é uma instância de participação do Município de Joinville (SC) responsável por fiscalizar a política municipal dos direitos do idoso no Município e a destinação dos recursos do Fundo Municipal dos Direitos do Idoso (Lei nº

6.588/2009). Tem um importante papel na fiscalização e regularização das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

- Atendimento ao público: segunda a sexta-feira, das 8h às 14h, exceto feriados e pontos facultativos;
- Telefone: (47) 3433-8659;
- E-mail: [comdijoinville@gmail.com](mailto:comdijoinville@gmail.com).

**Canais para manifestação:**

Ouvidoria: telefone 156 ou por formulário eletrônico <https://ouvidoria-form.joinville.sc.gov.br/>.

## 14 SUGESTÃO DE LEITURA COMPLEMENTAR

O Ministério da Saúde (MS) disponibilizou nos últimos anos uma série de publicações sobre temas específicos em saúde denominada Cadernos de Atenção Básica. A publicação de número 19 é intitulada: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, CAB nº19, 2010).

Outros temas de interesse para o cuidado com a saúde da pessoa idosa também foram publicados, como: Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A coleção pode ser obtida na página eletrônica do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, no endereço eletrônico: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno\\_ab.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php).

O Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), órgão complementar da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, dispõe de uma biblioteca virtual que pode ser acessada gratuitamente, no endereço eletrônico:

<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV>.

Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, acessar:

- ✓ Saúde do Idoso
- ✓ Saúde Bucal: Atenção ao Idoso
- ✓ Educação Física: Atenção à Saúde do Idoso

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, O.P. **Mini-Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil**. Arquivos de Neuropsiquiatria, 1998. v.56, p.605-612.
2. ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. **Confiabilidade da versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) – versão reduzida**. Arquivos de Neuropsiquiatria, 1999. v.57, p.421-426.
3. AMENDOLA, F. **Qualidade de Vida de Cuidadores de Pacientes com Perdas Funcionais e Dependências Atendidos em Domicílio pelo Programa Saúde da Família do Município de São Paulo**. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo – SP:2007.
4. ARAÚJO, S.S.C., et al. **Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, jan/jun 2006. v.10, n.19, p.203-216.
5. ATHERINO, C.C.T. **Terapêutica farmacológica da vertigem**. Otorrinolaringologia Geriátrica. Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences, jul/set 2012. v.11, n.3.
6. BERTOLUCCI P.H.F., et al. **O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade**. Arquivos de Neuropsiquiatria, 1994. v.52, n.1, p.1-7.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A à Z. Vacinação. **Calendário Nacional de Vacinação: Idoso**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao#idoso>. Acessado em 04/02/2020.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A à Z. **Saúde da Pessoa Idosa: prevenção e promoção à saúde integral**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa#oque>. Acessado 18/06/19.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa**. Brasília – DF: 2019.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas – RS. **Atenção domiciliar: Situações Clínicas Comuns em Idosos. Módulo de Autoaprendizagem. Materiais de Apoio: Calculadoras. Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores: Escala de Zarit**. Pelotas – RG.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] Brasília – DF: 2018.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.771, de 21 de novembro de 2017**. Art. 1º Fica incluído na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, no Grupo 03 – Procedimentos Clínicos, Subgrupo 01 – Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos na Forma de Organização 09 –

Atendimento/Acompanhamento em Saúde do Idoso o procedimento relacionado no Anexo desta Portaria. Brasília – DF: 2017a.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: 2017b.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 4ª Edição. Brasília – DF: 2017c.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasil Sorridente. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília – DF: 2016.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2 ed. Brasília – DF: 2015.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI). **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Versão especial para o XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Junho 2014.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. **Estatuto do Idoso**. Brasília – DF: 2013.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília – DF. 2012.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2011a.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2011b.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2011c.
24. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para

estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília – DF: 2011d.

25. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **XII Censo Demográfico: Censo 2010**. Disponível em: <[www.censo2010.ibge.gov.br](http://www.censo2010.ibge.gov.br)>. Acessado em 16 de abril de 2012.
26. BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2010.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2008a.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília – DF: 2008b.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006a.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, na forma do Anexo desta Resolução**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2005.
32. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília – DF: 2004.
33. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília – DF: 2003.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. Brasília – DF: 1998.
35. BRUCKI, S.M.D., et al. **Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil**. Arquivos Neuropsiquiatria, 2003. v.61, n.3-B, p.777-781.
36. CAMARA, F. M.; et al. **Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências**. Acta Fisiátrica. São Paulo – SP:2008. v.15, n.4, p.249-256.

37. CARAMELLI, P.; HERRERA, J.R.E.; NITRINI, R. **O Mini-Exame do Estado Mental no diagnóstico de demência em idosos analfabetos**. Arquivos de Neuropsiquiatria, 1999. v.57, p.11-17.
38. CHAIMOWICKZ, F. **Iatrogenia e problemas com medicamentos**. In: Saúde do Idoso. 2ª edição. Belo Horizonte – MG: 2013. NESCON UFMG, p.60-75.
39. DUKES, M. N. G. Introduction. In: DUKES, M. N. G. (Ed.) **Drug Utilization Studies**. Methods and Uses. Copenhagen: WHO Regional Publications / WHO Regional Office for Europe, 1993. (European Series nº 45).
40. ESTADO DE MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte – MG: 2006.
41. FOLSTEIN, F.; FOLSTEIN, S.E.; Mc HUGH, P.R. “Mini-mental state”. **A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician**. Journal of Psychiatric Research, 1975. v.12, p.189-198.
42. FRIED, L.P., et al. **Frailty in older adults: evidence for a phenotype**. The Journals of Gerontology. Series A. Biological Sciences and Medical Sciences. Washington, 2001. v.56, p.146-156.
43. GANANCA, M.M., et al. **Optimizing the pharmacological component of integrated balance therapy**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 2007. [online]. v.73, n.1, p.12-18.
44. GUIGOZ, Y.; VELLAS, B.; GARRY, P. J. **Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients**. Facts and Research in Gerontology, 1994. v.2, p 55-59.
45. ISAACS, B. **Some Characteristics of Geriatric Patients**. Scottish Medical Journal, 1969. v.14, p.243-251.
46. KAISER M.J.; BAUER J.M., RAMSCH C., et al. **Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status**. The Journal of Nutrition Health and Aging, 2009. n.13, p.782-788.
47. KATZ, S., et al. **Studies of illness in the aged**. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 1963. v.185, p.94-99.
48. LAWTON, M.P., et al. **A research and service-oriented multilevel assessment instrument**. The Journals of Gerontology, 1982. v.37, p.91-99.
49. LINO, V. T. S., et al. **Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades de vida diária (Escala de Katz)**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro – RJ: 2008; v.24, p.103-112.
50. LUZ, L.L., et al. **Primeira etapa da adaptação transcultural do Instrumento**. *The Vulnerable Elders Survey (VES-13)* para o Português. Caderno de Saúde Pública, 2012. v.29, p.621-628.

51. MAIA, F.O.M *et al.* **Adaptação transcultural do *Vulnerable Elders Survey – 13 (VES-13)***: contribuição para a identificação de idosos vulneráveis. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo – SP: 2012. v.46, p.116-22.
52. MATHIAS, S.; NAYAK, U.S.; ISAACS, B. **Balance in elderly patients**: the “Get-up and Go” Test. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. Chicago, 1986. v.67, p.387-389.
53. MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasília – DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
54. MIGUEL, R.; CORREIA, A.S.; BUGALHO, P. **Iatrogenic Parkinsonism**: the role of flunarizine and cinnarizine. Journal of Parkinson’s Disease, 2014. v.4, n.4, p.645-9.
55. MORAES, E. N. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. In: Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília – DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p.23-47.
56. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2002
57. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). **Encuesta Multicentrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe**: Informe Preliminar [Internet]. In: XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud; 9-11 jun 2001; Kingston, Jamaica: OPAS, 2002. Disponível em: <[www.opas.org/program/sabe.htm](http://www.opas.org/program/sabe.htm)>.
58. PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. **The Timed “Up & Go”**: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of the American Geriatrics Society. New York, 1991. v.39, p.142-148.
59. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria da Saúde. **Estimativa Populacional 2019**: Exercício 2020. Joinville – SC: 2019.
60. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria da Saúde. Diário Oficial Eletrônico do Município de Joinville nº 1276. **Portaria 173/2019/ SMS**. Dispõe sobre as normas gerais das PICs - Práticas Integrativas e Complementares na Rede Municipal de Saúde de Joinville/SC. Joinville – SC : 2019. Disponível processo SEI nº 4540860.
61. PREFEITURA DE JOINVILLE. Diário Oficial Eletrônico do Município de Joinville, nº 859. **Lei Complementar nº 495, de 16 janeiro de 2018**. Modifica as estruturas administrativas e competências dos órgãos da Administração Direta e Indireta do Município de Joinville e dá outras providências. Joinville – SC: 2018.
62. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria da Saúde. Gerência de Unidade de Atenção Básica. **População Residente por Unidade de Saúde, por bairro, faixa etária e sexo**. Joinville – SC: 2015. Disponível em: < <https://saude.joinville.sc.gov.br/conteudo/53-Dados+da+População.html> >. Acessado em 21 de agosto de 2015.
63. PREFEITURA DE LONDRINA. II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos. III Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais. II Congresso de Direito à Cidade e Justiça Ambiental. Política Social, Seguridade Social e Proteção Social. **Motivos que levam as famílias e as pessoas idosas buscarem por vaga**

**em Instituição de Longa Permanência para Idosos no Município de Ponta Grossa – Paraná.** Londrina – PR: 2017.

64. ROGERS, M.E.; ROGERS, N.L.; TAKESHIMA, N.; ISLAM, M. M. **Methods to assess and improve the physical parameters associated with fall risk in older adults.** *Prev Med.* 2003. v.36, n.3, p.255-64.
65. ROSA, L.B.; et al. **Odontogeriatrics: a Saúde Bucal na terceira idade.** *Revista da Faculdade de Odontologia. Ribeirão Preto – SP: 2008. v.13, n.2, p.82-86, mai/ago 2008.*
66. SALIBA, D.; et al. **The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community.** *Journal of the American Geriatrics Society, 2001. v.49, p.1691–1699.*
67. SHINKAI, R.S.A.; DEL BEL CURY, A.A. **O Papel da Odontologia na Equipe Interdisciplinar: contribuindo para a Atenção Integral ao Idoso.** *Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro – RJ: 2000. v.16, n.4, p.1099-1109, out-dez 2000.*
68. SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento.** Barueri – SP: Manole; 2005.
69. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília – DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
70. TAUB, A.; ANDREOLI, S.B.; BERTOLUCCI, P.H. **Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview.** *Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro – RJ: 2004. v.20, p.372-376.*
71. VELLAS, B., et al. **Overview of the MNA: its history and challenges.** *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 2006. v.10, n.6, p.456-465.*
72. WALL, J; BELL, C; CAMPBELL, S; DAVIS, J. **The timed Get-upand-go Test Revisited: Measurement of the Component Tasks.** *Journal of Rehabilitation Research and Development 2000; Vol.37 No.1: 109-114.*
73. WEISER, M.; STROSSER, W.; KLEIN, P.S.O. **Homeopathic vs conventional treatment of vertigo: a randomized double blind controlled clinical study.** *Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery, 1998. v.124, n.8, p.879.*
74. WILLCOX, S.M.; HIMMELSTEIN, D.U.; WOOLHANDLER, S. **Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly.** *JAMA, Chicago, 1994. v.272, p.292-296.*
75. ZARIT, S.H.; REEVER, K.E.; BACH-PETERSON, J. **Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden.** *The Gerontologist, 1980. v.20, p.649-655.*
76. ZARIT, S.; ZARIT, J. **Instructions for the Burden Interview.** University Park: Pennsylvania State University, 1987.