

# LINHA DE CUIDADO DA PESSOA IDOSA

Versão 2.0 – 2026



Prefeitura de  
**Joinville**

---

SAÚDE



## MISSÃO

“Promover saúde e bem-estar para as pessoas.”



## VISÃO

“Ser uma instituição ágil e inovadora, atenta as necessidades de integralidade e sustentabilidade, referência em gestão de saúde pública no Brasil.”

## VALORES

Orgulho e Paixão

Transparência

Empatia e Cuidado

Eficiência e Inovação

Sustentabilidade e Governança



**PREFEITA**

Rejane Gambin

**SECRETÁRIA DA SAÚDE**

Daniela Aparecida Gregório França Cavalcante

**DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA**

Jocelita Cardozo Colagrande

**DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Vanessa Cardoso Pacheco

**DIRETORIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA**

Aline Gabrielle de Souza Berkenbrock

**DIRETORIA DE GESTÃO JURÍDICA E ORGANIZACIONAL**

Marcianita Lopata de Lima

**DIRETORIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

Amanda Nunes

**DIRETORIA TÉCNICA**

Luana Garcia Ferrabone

**DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE**

Sheila Batista de Araújo

**DIRETORIA DE VIGILÂNCIAS**

Maria Cristina Antunes Willemann

**GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Bruna Daniela Dumont Ladeira Landmann – Distrito Leste

Grasiela Florencio Medeiros – Distrito Norte

Gislaine Batista de Souza – Distrito Sul

Maristela Mello de Aguiar - Distrito Oeste

**GERÊNCIA TÉCNICA DE ODONTOLOGIA**

Rayane Alexandra Prochnow

**GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Jaqueline Fornari

**GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL**

Anderson da Silva

**GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Allisson Domingos

**GERÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO DE PROCESSOS - NAT JUS**

Ana Paula Barauna



**GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO**

Gabriela Neves Buch

**GERÊNCIA DE QUALIDADE E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Juliana Antunes Safanelli

**GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E LABORATÓRIO**

Johnattan Curcio

**GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL**

Priscila Tocachelis Battistella

**GERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E ARTICULAÇÃO HOSPITALAR**

Nádia Cristina Brach

**GERÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**

Franci Maiara Machado

**GERÊNCIA DE REGULAÇÃO**

Flaviane Andrzejewski

**COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA QUALIDADE E PROCESSOS**

Cibely Schipitoski Borges

**ELABORAÇÃO/COLABORAÇÃO**

Cibely Schipitoski Borges

Elisabeth Deglmann da Costa

Fabiana Fernandes de Almeida

Fernanda Perito de Aguiar

Flaviane Andrzejewski

Francieli Lopes do Nascimento

Helbert do Nascimento Lima

Marieli Ciola Kapfenberger

Sandra Regina Limas

Sarah Spieker Jacinto

**REVISÃO/FORMATÇÃO**

Juliana Antunes Safanelli

Marineide Cruz Tonin

Thais Camile Bauer de Oliveira



## ALTERAÇÕES DO DOCUMENTO (VERSÃO 2020 PARA 2026)

**Quadro 01.** Alterações nas versões da Linha de Cuidado da pessoa idosa.

Área/tema	Versão 2020	Versão 2026
Ferramenta de Triage	Utilização do protocolo <b>VES-13</b> ( <i>Vulnerable Elders Survey</i> ) para identificação de vulnerabilidade.	Introduz o IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional) como o novo padrão para classificação de risco na Atenção Primária.
Dados Demográficos	Baseada em projeções populacionais de 2019 e dados do Censo de 2010.	Atualizada com os dados do Censo IBGE 2022
Estratificação de Risco	Classificação binária: "Robustos" ou "Vulneráveis" (baseada no escore VES-13).	Escala mais detalhada que classifica as pessoas idosas em três grupos: Robusta, Em risco de fragilização e Frágil.
Indicadores de Gestão	Descrição geral do fluxo de atendimento e regulação.	Foco no Indicador de Cofinanciamento, com metas de consultas, avaliação antropométrica, visitas do Agente Comunitário de Saúde e imunização.

**Elaborado por:** Núcleo de Gestão da Qualidade e Processos (NGQP), 2026.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. AVALIAÇÃO DO PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO IDOSA DE JOINVILLE..</b>	<b>15</b>
2.1 CAUSAS DE MORTALIDADE ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA DE JOINVILLE.....	19
2.2 MORBIDADE HOSPITALAR ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA USUÁRIA DE HOSPITAIS PÚBLICOS.....	20
2.3 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA POPULAÇÃO IDOSA.....	22
<b>3. VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....</b>	<b>24</b>
<b>4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO.....</b>	<b>29</b>
4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	30
4.1.1 Atenção Primária à Saúde (APS).....	32
4.1.2 Vilas da Saúde (APS).....	32
4.1.3 Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS).....	33
4.1.4 O acompanhamento da equipe de ESF às pessoas idosas em instituições de longa permanência (ILPI) -.....	33
4.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	34
4.2.1 Regulação.....	35
4.2.2 Sistema de apoio diagnóstico.....	35
4.3 ATENÇÃO TERCIÁRIA.....	36
<b>5. AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....</b>	<b>37</b>
5.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	37
5.2 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA.....	38
5.2.1 Avaliação Ambiental.....	38
5.2.2 Avaliação do Suporte Sociofamiliar.....	39
5.2.3 Avaliação Clínico-funcional.....	41
5.2.4 Estratificação de Risco da pessoa idosa na APS.....	41
5.2.4.1 Fluxo de estratificação de risco na pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde - APS.....	42
<b>6. SÍNDROMES GERIÁTRICAS.....</b>	<b>48</b>
6.1 INSUFICIÊNCIA COGNITIVA.....	48
6.2 INSTABILIDADE POSTURAL / QUEDAS.....	50
6.3 IMOBILIDADE.....	52
6.4 INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	53
6.5 IATROGENIA.....	55
6.6 INSUFICIÊNCIA SENSORIAL.....	56
6.7 INANIÇÃO.....	56
<b>7. PROCESSO DE TRABALHO.....</b>	<b>59</b>
7.1 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA APS NA ATENÇÃO À PESSOA IDOSA.....	60
7.2 AÇÕES RELACIONADAS À PRESCRIÇÃO E DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA PESSOAS IDOSAS.....	61



7.3 CUIDADOS PALIATIVOS.....	6
8. PROCESSO DE TRABALHO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	66
ANEXO A. Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional - IVCF-20 .....	67
ANEXO B. Escala de Escala de Katz.....	68
ANEXO C. Escala de Lawton Brody.....	69
ANEXO D. Mini Exame do Estado Mental (Mini MEEM) .....	70
ANEXO E. Escala de Depressão Geriátrica.....	71
ANEXO F. Índice de Vulnerabilidade Sócio-familiar - IVSF 10.....	72
	73

CONSULTA PÚBLICA



**LISTA DE ILUSTRAÇÕES/FIGURAS**

Figura 01. Distribuição da população residente em Joinville por sexo e faixa etária Censo 2000, 2010 e 2022 .....	16
Figura 02. Distribuição espacial das pessoas idosas por bairros de Joinville.....	18
Figura 03. Caderneta da Pessoa Idosa - 6ª edição.....	29
Figura 04. Avaliação do ambiente.....	39
Figura 05. Avaliação do suporte sociofamiliar .....	40
Figura 06. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional - IVCF-20.....	43

CONSULTA PÚBLICA



**LISTA DE TABELAS**

Tabela 01. Projeção da população idosa segundo IBGE.....	17
Tabela 02. Número total e taxa de pessoas idosas por bairros de Joinville, conforme Censo 2022 (taxa por 10.000 pessoas).....	18
Tabela 03. Prevalência das causas de óbitos por capítulo do CID 10 na população idosa (60 ou mais anos) em Joinville no período de 2021-2025 (total óbitos 14.320).. .....	20
Tabela 04. Taxa de internações em hospitais públicos em Joinville entre 2023-2025 para as principais causas de doenças crônicas não transmissíveis: comparação entre a população de 30-59 anos e a população idosa.....	21
Tabela 05. Percentual de vacinação contra influenza na população idosa de Joinville .....	22
Tabela 06. Frequência das principais causas de internações em pessoas idosas pelas principais condições sensíveis à atenção primária em hospitais públicos de Joinville.....	23

CONSULTA PÚBLICA



## LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Alterações nas versões da Linha de Cuidado da pessoa idosa.....	4
Quadro 02. Tipos de violência contra a pessoa idosa e suas definições.....	24
Quadro 03. Rede de apoio intersetorial à pessoa idosa.....	25
Quadro 04. Pontos de atenção da APS e principais ações no cuidado com a pessoa idosa .....	31
Quadro 05 Pontos de atenção secundária e ações no cuidado com a pessoa idosa ..	34
Quadro 06. Pontos de atenção terciária e ações no cuidado com a pessoa idosa....	36
Quadro 07. Alterações fisiológicas no processo de envelhecimento e impactos clínicos.....	38
Quadro 08. Ação da APS em pessoas idosas com vulnerabilidade sociofamiliar ....	40
Quadro 09. Conceitos estruturantes da avaliação multidimensional da pessoa idosa. ....	40
Quadro 10. Estratificação das Atividades de Vida Diária (AVD) na avaliação funcional da pessoa idosa .....	42
Quadro 11. Classificação da pessoa idosa após a aplicação do IVCF-20.....	44
Quadro 12. Plano de Cuidados conforme a Classificação da pessoa idosa.....	44
Quadro 13. Diagnóstico diferencial das principais causas de demência.....	49
Quadro 14. Condutas para prevenção de quedas em pessoas idosas.....	51
Quadro 15. Assistência multidisciplinar à pessoa idosa em síndrome de imobilidade ..	53
Quadro 16. Classificação das causas crônicas de incontinência urinária na pessoa Idosa.....	54
Quadro 17. Intervenções comportamentais no manejo da incontinência urinária ....	54
Quadro 18. Diretrizes de segurança para a prevenção de iatrogenia.....	55
Quadro 19. Manejo da insuficiência sensorial na APS: identificação e intervenções...	57
Quadro 20. Avaliação de Inanição e Manejo da Sarcopenia na Pessoa Idosa.....	58
Quadro 21. Atribuições dos profissionais da APS na atenção à pessoa idosa.....	60



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

**ABVD:** Atividades Básicas de Vida Diária  
**ACS:** Agente Comunitário de Saúde  
**AIVD:** Atividades Instrumentais de Vida Diária  
**AMPI:** Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa  
**APS:** Atenção Primária à Saúde  
**AVC:** Acidente Vascular Cerebral  
**AVD:** Atividades de Vida Diária  
**BPC:** Benefício de Prestação Continuada  
**CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial  
**CID:** Classificação Internacional de Doenças  
**CEO:** Centro de Especialidades Odontológicas  
**CMS:** Conselho Municipal de Saúde  
**COMDI:** Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa  
**CRAS:** Centro de Referência de Assistência Social.  
**CREAS:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
**DCNT:** Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
**DCV:** Doenças Cardiovasculares  
**DPCAI:** Delegacia de Proteção à Criança, ao Adolescente e à Pessoa Idosa  
**DPOC:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
**eMulti:** Equipe Multidisciplinar  
**ESF:** Estratégia Saúde da Família  
**eAPP:** Equipe de Atenção Primária Prisional  
**eCR:** Equipe Consultório na Rua  
**GBD:** *Global Burden of Disease*  
**HMSJ:** Hospital Municipal São José  
**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**ICSAP:** Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária  
**ILPIs:** Instituições de Longa Permanência para Idosos  
**IVSF-20:** Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20  
**IMC:** Índice de Massa Corporal  
**IST:** Infecções Sexualmente Transmissíveis  
**IU:** Incontinência Urinária  
**IVCF-20:** Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20  
**MS:** Ministério da Saúde  
**NGP:** Núcleo de Gestão da Qualidade e Processos  
**OMS:** Organização Mundial da Saúde  
**PICS:** Práticas Integrativas e Complementares  
**PNAB:** Programa Nacional da Atenção Básica  
**PNI:** Programa Nacional de Imunização  
**PNSPI:** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa



**RAS:** Rede de Atenção à Saúde  
**SAE:** Serviço de Assistência Especializada  
**SAMU:** Serviço de Atendimento Móvel  
**SAS:** Secretaria de Assistência Social  
**SCFV:** Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos  
**SER:** Serviço Especializado em Reabilitação  
**SIAVO:** Assistência Ventilatória  
**SIH/SUS:** Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
**SUS:** Sistema Único de Saúde  
**TUG:** *Timed Up and Go* (Teste de Mobilidade)  
**TVP:** Trombose Venosa Profunda  
**UBSF:** Unidade Básica de Saúde da Família  
**UPA:** Unidade de Pronto atendimento  
**USD:** Unidade de Saúde Digital

CONSULTA PÚBLICA



## APRESENTAÇÃO

Este documento constitui a versão revisada da Linha de Cuidado da Pessoa Idosa no município. A atualização foi realizada por um grupo de trabalho composto por representantes da Atenção Primária à Saúde (APS), Serviços Especializados, Vigilância em Saúde, Planejamento Estratégico e outras áreas correlatas.

A revisão desta Linha de Cuidado foi pautada nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.528/2006 (consolidada pela Portaria de Consolidação nº 2/2017). Esta portaria não é apenas um marco legal, mas a base científica e técnica que define como o Sistema Único de Saúde (SUS) deve organizar o cuidado à pessoa idosa, estabelecendo um novo olhar para a assistência, focando na avaliação da capacidade funcional.

Desta forma, prioriza-se a autonomia e a independência da pessoa idosa, tendo a APS como a porta de entrada e a coordenadora desse cuidado.

Entretanto, ao pensar na autonomia é importante avaliar o contexto do envelhecimento populacional em Joinville e entender o perfil demográfico das suas pessoas idosas, para que a cidade possa planejar de forma segura e garantir que as políticas públicas sejam direcionadas para onde são mais necessárias. Se estendendo para além das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), mas que ao permitir maior autonomia seja possível implementar ações voltadas para o transporte público, a acessibilidade de espaços públicos, a moradia, o acesso à saúde e a participação social também precisam ser pensadas com base nos dados reais e nas necessidades específicas dessa população. O objetivo é transformar Joinville em uma referência de cidade que valoriza e se adapta ao envelhecimento, promovendo uma melhor qualidade de vida para todos.



## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil atravessa uma mudança significativa em sua estrutura demográfica, caracterizada pelo envelhecimento progressivo e acelerado da população. Atualmente, a faixa etária acima de 60 anos representa 15,6% dos brasileiros, o que equivale a aproximadamente 33 milhões de pessoas. Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - Revisão 2024), a população idosa alcançará cerca de 39 milhões em 2026 e, em 2050, representará 25,4% do total de habitantes do país.

O perfil epidemiológico deste grupo é marcado pela chamada "tripla carga de doenças", com forte predomínio das condições crônicas, além de elevada mortalidade e morbidade por causas externas e agudizações de quadros preexistentes. É fundamental destacar que, embora a maioria das pessoas idosas apresentem doenças ou disfunções orgânicas, esse quadro não se traduz, necessariamente, em limitação de atividades ou restrição da participação social.

O impacto global desse cenário é evidente: segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o estudo *Global Burden of Disease (GBD) 2021*, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 74% das mortes globais em 2019, com projeções indicando que superarão 75% até 2030.

Nesse contexto, a avaliação da pessoa idosa deve ser multidimensional, considerando o bem-estar biopsicossocial e a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar. Conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Primária à Saúde (APS) assume o papel de centro comunicador e ordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo essencial para o acompanhamento longitudinal e a coordenação do cuidado. Promover o envelhecimento ativo significa valorizar a autodeterminação e preservar a integridade física e psíquica, atuando tanto na prevenção da perda funcional quanto na mitigação de danos decorrentes de eventos agudos.

Nesse contexto, a avaliação da pessoa idosa deve ser multidimensional, considerando o bem-estar biopsicossocial e a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar e promover o envelhecimento ativo significa valorizar a autodeterminação e preservar a integridade física e psíquica, atuando tanto na prevenção da perda funcional quanto na mitigação de danos decorrentes de eventos agudos.



A dignidade da pessoa humana é um dos pilares da Constituição Federal de 1988, que assegura direitos fundamentais à população com 60 anos ou mais. Para a comprovação da idade e garantia desses direitos, basta a apresentação de documento oficial com foto.

Principais leis e normativas que envolvem a população idosa:

- Política Nacional do Idoso: Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
- Estatuto da Pessoa Idosa: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (atualizado pela Lei nº 14.423/2022).
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXII), que estabelece as diretrizes para a organização da atenção básica no SUS.
- Política Nacional de Cuidados: Política Nacional de Cuidados estabelece que todas as pessoas têm direito a serem cuidadas, a cuidar e ao autocuidado.

A Linha de Cuidado tem o objetivo central de direcionar o fluxo contínuo, ordenado e oportuno dos usuários entre os diferentes níveis de complexidade fundamentado nas diretrizes da PNSPI que define a preservação da capacidade funcional como pilar central da assistência. Por meio desta Linha de Cuidado, o município de Joinville busca assegurar o acesso a um atendimento digno, resolutivo e focado na autonomia da pessoa idosa em todo o território municipal.



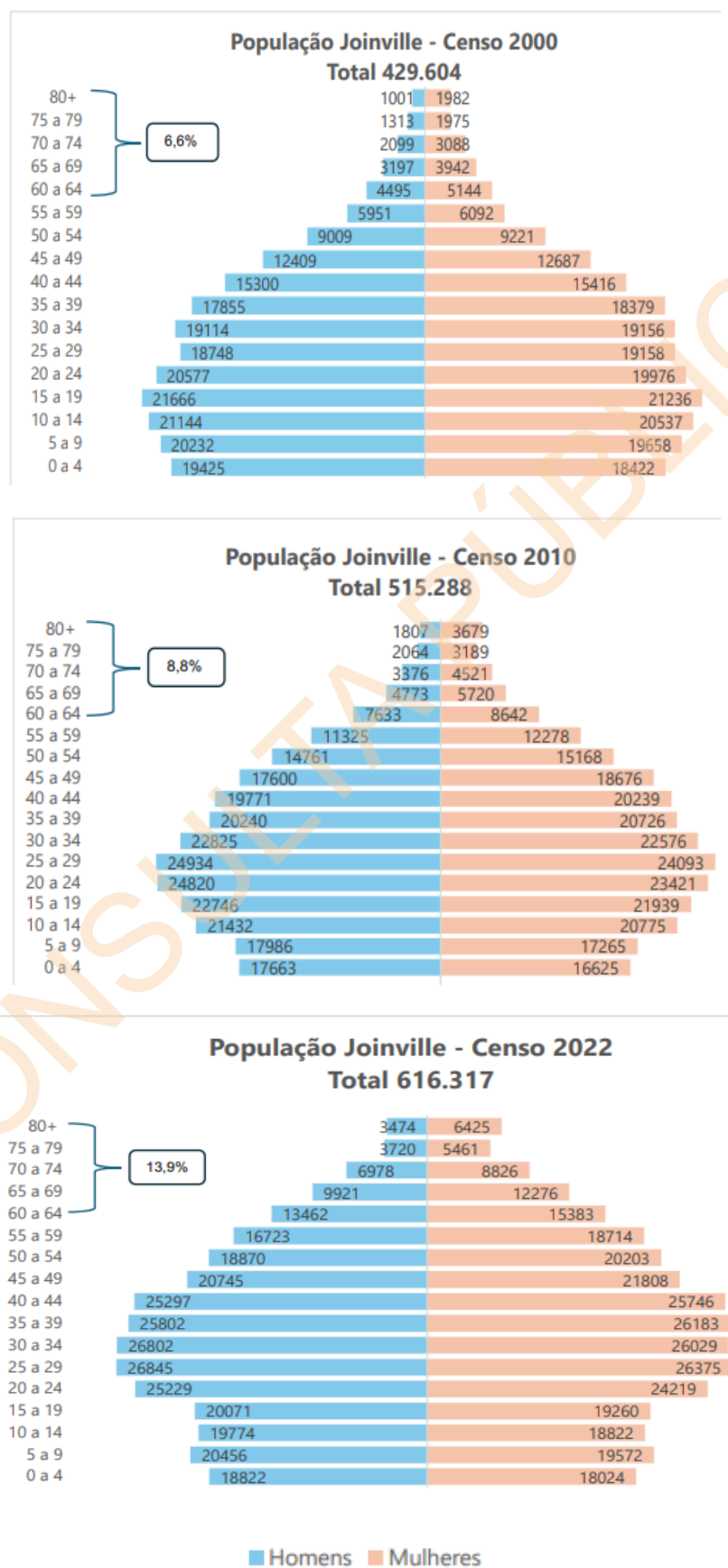
## 2. AVALIAÇÃO DO PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO IDOSA DE JOINVILLE

A avaliação do perfil demográfico da população idosa de Joinville é um passo fundamental para o planejamento de políticas públicas eficazes para a pessoa idosa (60 anos ou mais), compreender a composição e as tendências desse grupo populacional é crucial para direcionar recursos e ações de forma assertiva.

Dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) confirmam que Joinville, assim como o restante do país, está passando por um processo de envelhecimento populacional acelerado. No último censo em 2022, a cidade registrou um aumento significativo no número de pessoas com 60 anos ou mais. Entre os censos de 2000 e 2022 (Figura 1), em que gradativamente se percebe uma modificação conformacional da distribuição etária da população, com um aumento de 6,6% para 13,9% da população idosa ao longo dos últimos censos, correspondendo a um incremento de 7,3 pontos percentuais, o que representa um aumento relativo de 110,6%.



**Figura 01.** Distribuição da população residente em Joinville por sexo e faixa etária, Censo 2000, 2010 e 2022



Fonte: IBGE. 2010 e 2022.



Este grupo representa uma parcela cada vez maior da população total, com projeções que indicam que essa tendência continuará nas próximas décadas, com expectativas de alcançar cerca de 30% do total da população em Joinville em 2050 (Tabela 01).

**Tabela 01.** Projeção da população idosa segundo IBGE

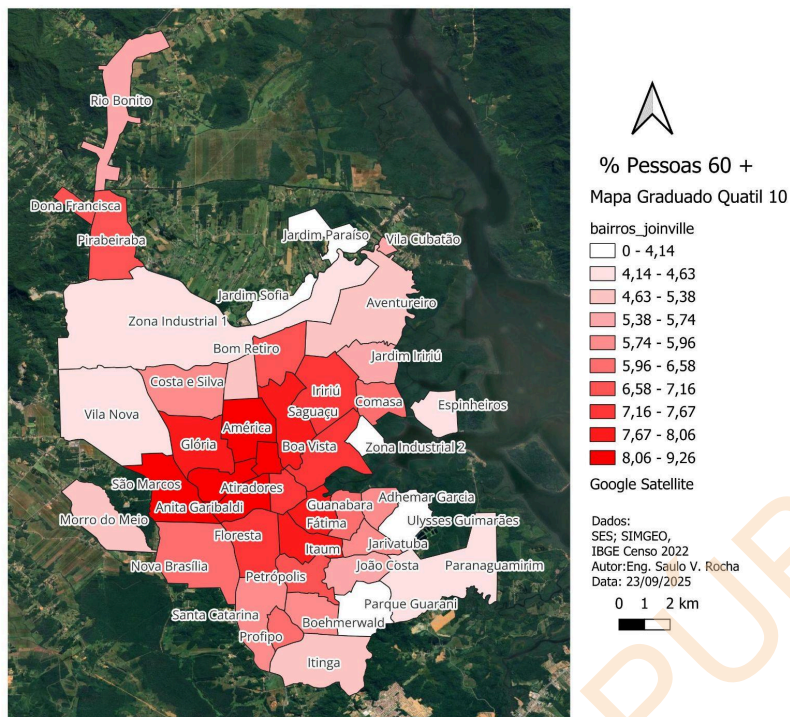
	<b>Brasil</b>	<b>Santa Catarina</b>	<b>Joinville</b>
Ano 2030	~30%	~22-24%	~18-20%
Ano 2050	~37%	~32-35%	~28-30%

**Fonte:** IBGE. Projeções da população por sexo e idade para o Brasil e unidades da federação: 2010-2060/ revisão 2018 e atualização com Censo 2022. Rio de Janeiro: IBGE.

A análise demográfica entre a relação do número de pessoas idosas por sexo, demonstra uma maior proporção de mulheres idosas nos últimos três censos. No entanto, com uma progressiva diminuição desta razão entre mulheres e homens idosos de 1,33, no Censo de 2000, para 1,31 em 2010 e 1,29 no último censo em 2022.

De acordo com o último Censo do IBGE de 2022, a população com idade de 60 anos ou mais em Joinville era de 85.926. Destes, 56,3% eram mulheres idosas e 43,7% homens idosos. Cerca de 59% das pessoas idosas tinham idade entre 60 e 69 anos, 29% entre 70 e 79 anos e 11% com idade igual ou acima de 80 anos.



**Figura 02.** Distribuição espacial das pessoas idosas por bairros de Joinville

**Fonte:** Censo, 2022. \* excluído Zona Industrial Tupy devido ao baixo número de habitantes.

A Tabela 02 apresenta as taxas de idosos geral e estratificada por sexo entre os bairros de Joinville de acordo com o Censo 2022. Percebe-se que os três bairros com maior taxa de idosos por 10 mil habitantes são: Centro, América e Atiradores. Enquanto os três bairros com menor taxa são: Jardim Paraíso, Parque Guarani e Ulisses Guimarães.

**Tabela 02.** Número total e taxa de pessoas idosas por bairros de Joinville, conforme Censo 2022 (taxa por 10.000 pessoas)

Bairros de Joinville	Número total de idosos	Taxa geral idosos	Taxa homens idosos	Taxa mulheres idosos
Centro	1.351	2.226	901	1.321
América	2.708	2.191	926	1.265
Atiradores	1.325	2.039	879	1.156
Saguaçu	2.748	1.921	804	1.116
Guanabara	2.171	1.906	792	1.114
Bucarein	1.307	1.875	722	1.154
Anita Garibaldi	2.291	1.875	802	1.073
Itaum	2.642	1.829	774	1.054
São Marcos	583	1.822	831	991
Floresta	3.982	1.803	747	1.056
Glória	2.244	1.787	802	985



Pirabeiraba	888	1.769	713	1.054
Iriirú	4.409	1.752	755	997
Boa vista	3.024	1.728	720	1.008
Bom retiro	2.234	1.587	679	906
Petrópolis	2.262	1.533	660	870
Profipo	694	1.507	638	868
Dona Francisca	85	1.499	705	794
Comasa	2.999	1.461	636	825
Nova Brasília	2.084	1.457	657	801
Fátima	2.060	1.453	626	828
Costa e Silva	4.669	1.372	596	775
Boehmerwald	2.403	1.359	592	764
Vila Cubatão	167	1.316	559	757
Adhemar Garcia	1.457	1.316	575	740
Santa Catarina	983	1.315	581	732
Jarivatuba	1.737	1.262	581	681
João Costa	1.784	1.225	546	679
Jardim Iriirú	3.233	1.220	540	680
Santo Antônio	1.373	1.213	510	699
Itinga	996	1.193	535	655
Aventureiro	5.117	1.192	530	662
Rio Bonito	788	1.185	546	639
Morro do Meio	1.236	1.028	470	555
Espinheiros	1.052	994	458	533
Vila Nova	3.208	994	434	560
Zona Industrial Norte	313	991	443	545
Jardim Sofia	539	939	413	526
Paranaguamirim	3.034	904	416	486
Jardim Paraíso	1.965	848	376	471
Parque Guarani	1.168	819	349	468
Ulysses Guimarães	926	783	352	428

**Fonte:** Censo, 2022. \*excluído a Zona Industrial Tupy por baixo número de residentes superestimando a taxa de idosos. Os números informados nas colunas referentes às taxas foram calculados com base no número de total de idosos dividido pela população total de cada bairro, sendo multiplicado por 10 mil habitantes (esta forma permite comparar as taxas entre os bairros, considerando o tamanho populacional de cada bairro).

## 2.1 CAUSAS DE MORTALIDADE ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA DE JOINVILLE

Entre 2021 a 2025 houve 14.320 óbitos na população idosa em Joinville. Dentre as principais causas de óbito na população idosa no período de 2021 a 2025, considerando os capítulos do CID 10 (Tabela 03), destacam-se as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório, as



doenças infecciosas e parasitárias e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

**Tabela 03.** Prevalência das causas de óbitos por capítulo do CID 10 na população idosa (60 ou mais anos) em Joinville no período de 2021-2025 (total óbitos 14.320).

Causa (Cap CID10)	Anos 2021-2025	
	Homens	Mulheres
IX. Doenças do aparelho circulatório	26,96%	25,84%
II. Neoplasias (tumores)	21,77%	17,80%
X. Doenças do aparelho respiratório	12,92%	13,17%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12,73%	13,01%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,27%	5,40%
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,88%	5,05%
VI. Doenças do sistema nervoso	3,91%	6,78%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3,90%	5,23%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3,34%	2,69%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2,41%	2,79%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,71%	0,77%
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,47%	0,65%
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,43%	0,25%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtornos imunitários	0,21%	0,47%
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,06%	0,12%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,01%	0,01%

**Fonte:** Óbitos - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/ SeS Joinville/ Vigilância Epidemiológica). Dados atualizados até 26/03/2025.

## 2.2 MORBIDADE HOSPITALAR ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA USUÁRIA DE HOSPITAIS PÚBLICOS

Considerando as principais causas de DCNT (doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e neoplasias) é possível também calcular a taxa de internação para população idosa e comparar com a população não idosa no último triênio (2023-2025) em hospitais públicos de Joinville (Tabela 04).

As causas de internação por doenças cardiovasculares são predominantes na população idosa masculina em todos os anos do triênio avaliado, comparado às demais causas. De forma semelhante, entre a população idosa feminina, as



internações por causas cardiovasculares também são predominantes, comparadas às demais causas, mas sendo 40-50% menores do que as taxas entre os homens idosos para a mesma causa.

As causas de internação devido à neoplasia são responsáveis pela segunda maior taxa de internação na população idosa, sendo os homens com maiores taxas para esta causa em todos os anos comparado às mulheres idosas. Já entre a população não idosa, para todos os anos, as mulheres apresentaram as maiores taxas de internação por causas relacionadas à neoplasia. As taxas de internação por neoplasias na população feminina não idosa é quase o dobro comparado aos homens na mesma idade.

Taxas de internações relacionadas a diabetes são também maiores na população idosa, sendo mais elevadas entre os homens. Já para população adulta não idosa, observa-se uma inversão entre as taxas de internação no último ano analisado relacionado a diabete, sendo as mulheres aquelas com maior taxa de internação por esta causa.

Com relação as internações por motivos relacionados a doenças crônicas respiratórias, observa-se uma inversão entre as maiores taxas de internação por esta causa relacionadas ao sexo entre os dois grupos etários. Ou seja, entre as pessoas idosas, os homens apresentam as maiores taxas. Já entre os adultos não idosos, as mulheres apresentam maiores taxas de internação por causas respiratórias crônicas.

**Tabela 04.** Taxa de internações em hospitais públicos em Joinville entre 2023-2025 para as principais causas de doenças crônicas não transmissíveis: comparação entre a população de 30-59 anos e a população idosa.

	2023			2024			2025		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
<b>Doença Cardio Vascular</b>									
30-59 anos	687,2	528,2	<b>606,8</b>	765,7	600,8	<b>682,4</b>	715,8	604,6	<b>659,7</b>
≥60 anos	4729,7	3097,8	<b>3809,0</b>	5123,4	3637,4	<b>4284,9</b>	4588,7	3234,5	<b>3823,9</b>
<b>Neoplasias</b>									
30-59 anos	343,6	731,0	<b>539,5</b>	357,0	719,3	<b>540,1</b>	286,3	581,7	<b>435,5</b>
≥60 anos	2105,2	1608,6	<b>1825,0</b>	2289,7	1719,7	<b>1968,1</b>	2032,8	1421,0	<b>1687,2</b>
<b>Diabetes</b>									
30-59 anos	33,5	20,2	<b>26,8</b>	42,0	26,0	<b>33,9</b>	33,7	37,8	<b>35,8</b>
≥60 anos	159,6	93,9	<b>122,6</b>	123,3	67,2	<b>91,7</b>	131,4	71,0	<b>97,3</b>
<b>Doenças. Respiratórias Crônicas</b>									
30-59 anos	22,8	41,8	<b>32,4</b>	35,7	51,4	<b>43,6</b>	19,3	31,7	<b>25,6</b>
≥60 anos	347,1	307,2	<b>324,6</b>	510,2	380,9	<b>437,2</b>	375,7	289,5	<b>327,0</b>



M: Masculino; F: Femenino; DCV: Doenças cardiovasculares; Dças. Resp. Crônicas: doenças crônicas respiratórias; taxa por 100 mil pessoas para cada faixa etária correspondente. Os números informados nas colunas referentes às taxas foram calculados com base no número de total de internações dividido pela população total de cada faixa etária, sendo multiplicado por 100 mil habitantes (esta forma permite comparar as taxas entre as diferentes faixas etárias).

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS.

Dados disponíveis em 30/03/2026

Comparando-se as taxas totais de internação em pessoas idosas durante o triênio, percebe-se que no ano de 2024 houve a menor taxa de internações por causas relacionadas à diabetes na população idosa. Nesse mesmo ano de 2024, houve um aumento nas taxas de internação para causas relacionadas às doenças respiratórias crônicas entre os indivíduos idosos, diminuindo em 2025.

Em paralelo a esse cenário de internações, houve uma oscilação na cobertura vacinal contra a influenza na população idosa de Joinville entre os anos de 2023 e 2025. Embora o número absoluto de idosos vacinados tenha apresentado um crescimento progressivo ao longo do período — saltando de 45.742 em 2023 para 49.257 em 2025 —, o percentual de cobertura não acompanhou o mesmo ritmo devido ao aumento expressivo da população idosa estimada no último ano (que chegou a 94.914 pessoas). Como resultado, o índice de vacinação, que teve uma leve melhora ao passar de 52,9% em 2023 para 54,0% em 2024, sofreu uma queda em 2025, fixando-se em 51,9%. (Tabela 05).

**Tabela 05.** Percentual de vacinação contra influenza na população idosa de Joinville

Ano	Total de idosos estimado	Total de idosos vacinados	% de pessoas idosas vacinadas em relação ao número total de idosos
2023	86.402	45.742	52,9%
2024	85.926	46.424	54,0%
2025	94.914	49.257	51,9%

**Fonte:** Setor de Imunização da SMS de Joinville. Dados disponíveis em 31/03/2026.

### 2.3 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA POPULAÇÃO IDOSA



Com relação a algumas das principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), Tabela 06, observou-se que das 17.973 internações em hospitais públicos de Joinville referente a população idosa em 2024, 4.358 (24,2%) apresentam CIDs compatíveis com ICSAP. Já no ano de 2025, das 18.092 internações para a mesma faixa etária, 4.030 (22,3%) estavam relacionadas a ICSAP. Esta proporção de ICSAP entre a população idosa deve ser considerada com cautela, pois diferente das demais internações por algumas das causas definidas como ICSAP na população não idosa, a própria fragilidade, maior número de comorbidades e imunossenescência dos indivíduos idosos podem justificar a necessidade de internação. Este fato é reforçado ao se considerar que as maiores frequências de causas de ICSAP nesta população foi por pneumonias e insuficiência cardíaca, condições que muitas vezes pela gravidade da apresentação e/ou mecanismo de descompensação, exigem cuidados hospitalares.

**Tabela 06.** Frequência das principais causas de internações em pessoas idosas pelas principais condições sensíveis à atenção primária em hospitais públicos de Joinville.

Causas de internação	Ano 2024	Ano 2025
Pneumonias bacterianas	1.731	1.635
Insuficiência cardíaca	1.000	924
Doenças pulmonares	434	420
Diabetes mellitus	258	228
Asma	239	182
Gastroenterites	145	141
Otite média supurativa	130	120
Cistite	115	104
Tuberculose pulmonar	78	50
Hipertensão	72	81
Anemia por deficiência de ferro	47	37
Sífilis	28	22
Outras tuberculoses	27	13
Infecção aguda vias aéreas superiores	23	31
Desnutrição	18	35
Amigdalite/Faringite aguda	13	7
<b>TOTAL</b>	<b>4.328</b>	<b>4.030</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). DATASUS. Dados disponíveis em 31/03/2026



### 3.VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

A proteção da pessoa idosa transcende o cuidado clínico; ela está fundamentada no princípio da dignidade humana assegurado pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Pessoa Idosa. Portanto, identificar e intervir em situações de violência é o cumprimento de um dever legal e ético de todo profissional da Rede de Atenção à Saúde. Caracteriza-se como violência contra a pessoa idosa qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico e/ou psicológico.

Para fins de identificação e notificação pelos órgãos de proteção e saúde, as violências são classificadas por tipos conforme o Quadro 02 abaixo:

**Quadro 02.** Tipos de violência contra a pessoa idosa e suas definições

Tipo de violência	Definição
Violência física	Uso da força física de forma intencional, com o objetivo de lesar, provocar dor ou sofrimento, deixando ou não marcas evidentes no corpo.
Violência sexual	Ações em que o agressor, valendo-se de posição de poder, com ou sem uso de força física, intimidação ou coerção, obriga a pessoa idosa a participar, presenciar ou se envolver em práticas sexuais não consentidas.
Violência psicológica	Condutas que causam dano emocional, como ameaças, constrangimento, humilhação, isolamento, insultos, chantagem, ridicularização ou restrição da liberdade.
Violência financeira e/ou patrimonial	Ações que resultam em dano, perda, subtração ou uso indevido de bens, valores ou recursos financeiros da pessoa idosa, sem seu consentimento.
Negligência e abandono	Omissão de cuidados necessários para atender às necessidades básicas da pessoa idosa, comprometendo seu bem-estar físico ou psicológico; o abandono é uma forma de negligência.



Protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência sexual disponível  
em Protocolos, POPs e outros documentos da Saúde

**Fonte:** Elaborado por NGQP, baseado no Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003).

Uma vez identificada a violação do direito, à saúde deixa de atuar isoladamente e passa a integrar a rede intersetorial para garantir a segurança do indivíduo.

Os serviços de apoio intersetorial são estruturas que operam na fronteira entre diferentes políticas públicas, como Saúde, Assistência Social, Educação e Justiça, para oferecer uma resposta integral às necessidades do indivíduo. No caso da pessoa idosa, essa articulação é fundamental, pois o processo de envelhecimento é influenciado por fatores que vão muito além da biologia.

A assistência à saúde da pessoa idosa é indissociável da articulação com as demais políticas públicas, uma vez que o processo de envelhecimento é influenciado por determinantes sociais que transcendem a biologia. No cenário em que a perda da capacidade funcional ou o adoecimento se somam à vulnerabilidade social, isolamento ou precariedade de renda, o profissional de saúde deve conhecer e acionar a rede de apoio intersetorial, conforme descrita no Quadro 03 que agrupa os serviços de promoção de direitos, defesa de direitos e controle social.

**Quadro 03.** Rede de apoio intersetorial à pessoa idosa

Promoção de Direitos	
Proteção Social Básica	<p><b>Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)</b></p> <p>O Centro de Referência de Assistência Social - CRAS constitui-se como a porta de entrada da Proteção Social Básica no território, atuando de forma estratégica e preventiva para evitar situações de risco social. Sua principal ferramenta de intervenção é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF, que promove o acompanhamento socioassistencial com o objetivo de fortalecer os vínculos familiares, prevenir a ruptura de laços e garantir o acesso pleno aos direitos das famílias em vulnerabilidade. De forma complementar ao PAIF, o município oferta o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV, que</p>



	<p>proporciona às pessoas idosas espaços coletivos de participação social e convivência comunitária, fundamentais para prevenir o isolamento e monitorar vulnerabilidades de forma integral.</p> <p>Unidades: Adhemar Garcia, Aventureiro, Comasa, Floresta, Jardim Paraíso, Morro do Meio, Paranaguamirim, Parque Guarani e Pirabeiraba.</p> <p>Para pessoas idosas e pessoas com deficiência que enfrentam barreiras severas de mobilidade ou isolamento físico, o município disponibiliza o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio. Esta modalidade assegura que o acompanhamento técnico e o fortalecimento de vínculos ocorram diretamente no ambiente familiar, transpondo obstáculos geográficos e sociais.</p> <p>Ainda no âmbito da Proteção Básica, é ofertado o Programa de Habilitação e Reabilitação - PHR, voltado especificamente às pessoas idosas com deficiência e seus núcleos familiares. Executado por meio de Organização da Sociedade Civil - OSCs parceiras, sob supervisão da assistência social. O programa oferece suporte multiprofissional para o desenvolvimento de potencialidades e autonomia. O ingresso no PHR é realizado mediante encaminhamento do CRAS, garantindo que o atendimento seja articulado e responda às necessidades específicas de cada território.</p>
<p>Proteção Social de Média Complexidade</p>	<p><b>Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)</b></p> <p>Atua na proteção social especial de pessoas idosas que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos. O CREAS intervém em situações de violência doméstica, física, patrimonial, psicológica, sexual, negligência e abandono. A equipe multidisciplinar oferece acompanhamento socioassistencial, com objetivos de romper com o ciclo da violência, de reconstrução de autonomia, de fortalecimento de vínculos familiares e de acesso a direitos .</p> <p>Unidades: CREAS 1, 2, 3, 4</p> <p><b>Centro Dia Idoso</b></p>



	<p>O Centro Dia é uma unidade pública especializada da Proteção Social Especial que oferta o serviço de atendimento a pessoas idosas com algum grau de dependência e suas famílias. Com funcionamento em períodos parciais ou integrais, o serviço realiza um atendimento planejado e continuado, fundamentado na escuta qualificada e na elaboração do Plano de Atendimento familiar. Seus eixos estratégicos incluem o compartilhamento do cuidado, a prevenção do isolamento social, o fortalecimento da autonomia e a ampliação da rede de apoio comunitária. O acesso ao serviço é referenciado e coordenado pelo CREAS, que atua como o principal articulador dos encaminhamentos.</p>
<p>Proteção Social Especial de Alta Complexidade</p>	<p>O acolhimento institucional é uma medida destinada à pessoas idosas em situação de rua, abandono ou vítimas de violência e negligência, cujos vínculos familiares estejam fragilizados ou rompidos. A natureza deste acolhimento deve ser primordialmente provisória, tornando-se de longa permanência apenas em caráter excepcional, quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio familiar. O acesso ao serviço ocorre por meio da avaliação técnica dos CREAS, Centro POP e Centros Dias.</p>
<b>Defesa de Direitos</b>	
<p>Ministério Público</p>	<p>A Promotoria de Justiça da Pessoa Idosa atua como fiscal da lei e guardião do Estatuto do Idoso. O Ministério Público intervém em casos de alta complexidade, onde as medidas administrativas não foram suficientes para cessar a violação de direitos. Ele é responsável por instaurar inquéritos, solicitar medidas protetivas judiciais e fiscalizar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), garantindo que o Poder Público e a família cumpram com suas obrigações legais de cuidado e proteção.</p>
<p>Delegacia de Proteção à Criança, ao Adolescente e à Pessoa Idosa (DPCAI)</p>	<p>Apuração de denúncias de maus-tratos, violência física, psicológica, sexual, negligência e exploração, com atendimento humanizado, para garantir segurança e suporte às vítimas.</p>



Controle Social	
Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDI)	O COMDI é uma instância de participação, responsável por fiscalizar a política municipal dos direitos da pessoa idosa no Município e a destinação dos recursos do Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa
Conselho Municipal de Saúde (CMS)	Conselho Municipal de Saúde – CMS é uma instância de participação, responsável por atuar no acompanhamento, no controle e na avaliação da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

**Fonte:** Elaborado por Núcleo de Gestão da Qualidade e Processos (NGQP) e Secretaria de Assistência Social (SAS), 2026.



#### 4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO

Garantir um envelhecimento ativo e digno exige mais do que atendimentos isolados; requer uma organização sistêmica que coloque a pessoa idosa no centro do cuidado. E é nesse contexto que a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) se torna o alicerce fundamental, integrando diferentes níveis de complexidade para assegurar que o percurso da pessoa idosa pelo sistema de saúde seja contínuo, seguro e, acima de tudo, resolutivo.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um documento estratégico do Ministério da Saúde, que reúne informações clínicas e sociais cruciais para o cuidado de cidadãos com mais de 60 anos. O seu propósito central é fomentar o envelhecimento ativo e saudável por meio da identificação precoce de vulnerabilidades, o que permite às equipes de saúde monitorar com precisão a autonomia e a independência de cada indivíduo.

**Figura 03.** Caderneta da Pessoa Idosa - 6ª edição.



**Fonte:** Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2025.



Na prática, a caderneta atua como o eixo central da gestão do cuidado durante consultas e atendimentos, onde os profissionais de saúde e familiares registram dados que vão desde o histórico vacinal e exames preventivos até escalas complexas que avaliam riscos de quedas, estado nutricional e o uso de múltiplos medicamentos. Para que essa estratégia seja efetiva, é indispensável que a pessoa idosa porte o documento em todas as ocasiões, garantindo a segurança do paciente em qualquer ponto da rede de saúde.

Para visualizar a Caderneta Saúde da Pessoa Idosa acesse: [Caderneta Saúde da Pessoa Idosa](#)

#### 4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A APS constitui o alicerce de qualquer sistema de saúde resolutivo e é, por excelência, o cenário ideal para o acompanhamento da pessoa idosa. Mais do que uma porta de entrada, a APS funciona como o centro ordenador de todo o percurso assistencial, estabelecendo um vínculo longitudinal que permite conhecer não apenas as patologias do indivíduo, mas seu contexto social, familiar e funcional. Nesse sentido, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforçam a necessidade de um cuidado que seja próximo do território, garantindo que a assistência seja humanizada e acessível.

No cotidiano das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), a organização de grupos surge como uma estratégia fundamental para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Estes espaços coletivos transcendem o atendimento clínico individual, combatendo o isolamento social e estimulando a troca de experiências entre as pessoas idosas. Os grupos funcionam como ferramentas de empoderamento, transformando a pessoa idosa em protagonista de seu próprio cuidado e facilitando o monitoramento contínuo por parte da equipe de saúde.

Portanto, cabe às equipes da APS a primeira abordagem, a avaliação multidimensional e a estratificação de risco das pessoas idosas dos territórios sob sua responsabilidade. Através da consolidação desses grupos no território, a UBSF cumpre seu papel de disparador e coordenador do processo de cuidado integral. Independentemente do ponto da RAS acessado pela pessoa idosa, a força do



vínculo estabelecido na atenção primária garante que o fluxo assistencial seja resolutivo e focado na preservação da autonomia.

**Quadro 04.** Pontos de atenção da APS e principais ações no cuidado com a pessoa idosa

Ponto de atenção	Principais ações
Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Realiza o acompanhamento longitudinal da pessoa idosa, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos, manutenção da capacidade funcional e no manejo de condições crônicas. As ações incluem a estratificação de risco, consulta individual, avaliação multidimensional, organização de grupos e a articulação com a Vila da Saúde e equipe multiprofissional, além de garantir o fluxo de encaminhamentos para outros pontos da rede quando necessário.
Equipe Multiprofissional (eMulti)	Desempenha um papel fundamental na linha de cuidado da pessoa idosa ao assegurar assistência interdisciplinar e fornecer suporte técnico e especializado às equipes de ESF. Através da atuação integrada de fisioterapeuta, educador físico, terapeuta ocupacional, farmacêutico, psicólogo, assistente social e nutricionista, o foco é a preservação da funcionalidade e a promoção da autonomia, garantindo intervenções precisas em reabilitação física, suporte à saúde mental e segurança alimentar.
Equipe de Saúde Bucal	Atua de forma integrada, visando a preservação da função mastigatória, com foco na prevenção de doenças periodontais e na promoção de hábitos de higiene oral, incluindo diagnóstico precoce de alterações na mucosa, manejo de condições crônicas que repercutem na saúde bucal e orientações específicas para o uso e manutenção de próteses dentárias. Além disso, atua na prevenção e detecção precoce do câncer bucal e outras patologias orais.
Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)	Atenção à saúde da pessoa idosa privada de liberdade. Oferece serviços de odontologia, enfermagem, farmácia, psicologia, terapia ocupacional, assistência social e medicina clínica, garantindo o fluxo de encaminhamento para especialidades quando necessário.
Equipe de Consultório na Rua (eCR)	Atendimento às pessoas idosas em situação de rua, com cuidado clínico itinerante, gestão de doenças crônicas em contextos adversos e redução de danos.
Unidade de Saúde Digital (USD)	Atua como uma ferramenta de suporte à autonomia da pessoa idosa, facilitando o acesso ao cuidado sem a necessidade de deslocamentos exaustivos. O foco é garantir a continuidade da assistência e o fortalecimento do vínculo com a rede de saúde, respeitando o tempo e o conforto do indivíduo.

Fonte: Elaborado por NGQP, 2026.



### 4.1.1 Imunização

A imunização da pessoa idosa é um dos pilares de prevenção mais robustos para a manutenção da saúde e da autonomia. Com o avançar dos anos, ocorre uma diminuição gradual da capacidade de resposta do sistema imunológico. Nesse cenário, o que em outras fases da vida seria uma infecção leve, para a pessoa idosa pode se transformar em um quadro grave, com alto risco de hospitalização e perda da independência funcional. Manter o esquema vacinal atualizado vai muito além de prevenir doenças isoladas.

É fundamental destacar que a vigilância do esquema vacinal não é uma exclusividade da sala de vacina, todos os profissionais da saúde são responsáveis pelo monitoramento vacinal. Essa vigilância é contínua e ocorre na Unidade Básica de Saúde durante atendimentos e consultas, como também no território, por meio das visitas domiciliares do ACS. O foco é manter a pessoa idosa protegida e, de forma complementar, garantir que seus cuidadores também estejam com a vacinação em dia, reduzindo a cadeia de transmissão no ambiente de convivência.

Durante as campanhas sazonais, as ações são intensificadas nas UBSFs para alcançar a população idosa em geral. Para as pessoas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), tanto públicas quanto privadas, a equipe se desloca até o local, assegurando a imunização de residentes e trabalhadores dessas instituições. Para as pessoas idosas acamadas ou restritas ao domicílio, a vacinação ocorre de forma agendada com a equipe de ESF.

Para ver as vacinas necessárias para a pessoa idosa acesse: **Calendário Nacional de Vacinação na Pessoa Idosa - 2026**

### 4.1.2 Vilas da saúde

As Vilas da Saúde configuram-se como pontos de atenção cruciais na linha de cuidado da pessoa idosa em Joinville, consolidando-se como pólos estratégicos que aliam a promoção da saúde física ao bem-estar social. Integradas à rede municipal, essas estruturas fomentam o envelhecimento ativo por meio de prática de atividades físicas com ênfase no treinamento de força e equilíbrio, vitais na prevenção de quedas e no combate à sarcopenia. Ao utilizar academias ao ar livre e



pistas de caminhada para exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, o programa potencializa a autonomia funcional e fortalece os vínculos afetivos, mitigando o isolamento social em um ambiente comunitário seguro e acolhedor.

#### **4.1.3 Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS)**

Fundamentadas na Portaria nº 173/2019/SMS e em plena convergência com a Política Nacional (PNPIC), as PICS consolidam-se em Joinville como recursos terapêuticos estratégicos para o cuidado integral à pessoa idosa. Ao priorizar a escuta qualificada e o vínculo terapêutico, modalidades como yoga, auriculoterapia, reiki, acupuntura e lian gong atuam diretamente no manejo da dor crônica e na redução da polifarmácia, otimizando a saúde mental. Mais do que tratamentos seguros e eficazes, essas práticas estimulam o autocuidado e a autonomia, promovendo a integração da pessoa idosa ao meio social e ambiental de forma humanizada e sustentável.

#### **4.1.4 O acompanhamento da equipe de ESF às pessoas idosas em instituições de longa permanência (ILPI)**

O cuidado à pessoa idosa residente em ILPI deve seguir os princípios de equidade do SUS, sendo iniciado a partir do contato presencial do Responsável Técnico da instituição com a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de referência. O atendimento ocorre de forma programada: pessoas idosas com restrição de mobilidade recebem visitas na ILPI, enquanto os demais podem ser atendidos na própria UBSF. Há casos em que é necessário a construção de um Plano Terapêutico Singular compartilhado, que definirá a frequência de visitas e consultas conforme a necessidade de cada pessoa idosa. Em casos de urgência ou emergência, é da responsabilidade da ILPI acionar o SAMU ou a família;

Seguir a Nota Orientativa no 03/2024 – SES.APS - Orientações referente ao acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) na Atenção Primária pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). disponível em [Protocolos, POPs e outros documentos da Saúde.](#)



## 4.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA

A atenção secundária à saúde é composta por um conjunto de serviços especializados que oferecem suporte à APS. Este nível de atenção intervém quando a condição clínica da pessoa idosa exige recursos diagnósticos e terapêuticos avançados, consultas especializadas, exames diagnósticos de maior complexidade ou processos de reabilitação intensiva. A UBSF identifica a necessidade e realiza a solicitação via Sistema Integrado de Gestão (SIG-SAUDETECH), a solicitação é direcionada para regulação que deve classificar o encaminhamento com base em critérios de prioridade. Quando a pessoa idosa apresenta uma condição clínica de início súbito, agravamento agudo de doença crônica ou situações de risco imediato o encaminhamento é direto para o atendimento de urgência e emergência.

**Quadro 05.** Pontos de atenção secundária e ações no cuidado com a pessoa idosa

Ponto de atenção	Principais ações
Policlínica Boa Vista (Ruthe Maria Pereira)	Especialidades Médicas e suporte diagnóstico. Consultas especializadas (Cardiologia, Urologia, Dermatologia) e exames de apoio.
Assistência Ventilatória (SIAVO)	Suporte respiratório domiciliar e oxigenoterapia. Oferta de CPAP, BiPAP e oxigênio conforme protocolo clínico
Centro de Especialidade Odontológica (CEO)	Oferece à pessoa idosa tratamentos especializados em periodontia, endodontia, cirurgia oral e, especialmente, prótese e diagnóstico de câncer de boca.
Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais Prefeito Luiz Gomes	Diagnóstico e reabilitação da deficiência auditiva com foco na reabilitação multidisciplinar . Realização de exames, fonoaudiologia, seleção e concessão de aparelhos auditivos.
Serviço Especializado em Reabilitação (SER)	Reabilitação física e funcional pós-agravos (como quedas ou Acidente Vascular Cerebral (AVC)). Fisioterapia, fonoaudiologia e adaptação de próteses/órteses.



CAPS (II, III e AD)	Cuidado intensivo em saúde mental, tratam casos graves de saúde mental e situações de crise, incluindo suporte a pessoas idosas com sofrimento psíquico grave ou persistente. Acompanhamento interdisciplinar em casos de depressão grave, psicoses e dependência química.
Serviço de Assistência Especializada (SAE)	Atenção integral e multiprofissional para pessoas vivendo com HIV/AIDS e ISTs. Assistência clínica e psicossocial, testagem, tratamento e dispensação de medicação estratégica.
Atenção Especializada Ambulatorial	Ambulatório do Hospital São José, Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Ambulatório Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Ambulatório de Medicina UNIVILLE.
Unidades de Pronto Atendimento (UPA/PA)	Estabilização de quadros agudos e urgências clínicas. Atendimento 24h para intercorrências que exigem intervenção imediata antes da hospitalização.
SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)	Complemento à rede. Estabilização em casos de Infarto, AVC e quedas graves, direcionando a pessoa idosa ao hospital de referência.

Fonte: Elaborado por NGQP, 2026.

#### 4.2.1 Regulação

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, organiza e gerencia o acesso aos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Baseada em protocolos e classificação de risco, prioriza o atendimento conforme a urgência do quadro clínico. Os pedidos de consultas especializadas são realizados pelo médico assistente, que deve conter a descrição clínica detalhada, Classificação Internacional de Doenças (CID) e exames prévios, fundamentais para garantir que a pessoa idosa receba o cuidado especializado no tempo adequado à sua condição de saúde.

#### 4.2.2 Sistema de apoio diagnóstico



O município dispõe de sistemas de apoio diagnóstico essenciais para o acompanhamento de patologias comuns na pessoa idosa. Conta com laboratórios conveniados, serviços de imagem, anatomopatológico e o Laboratório Municipal. Para facilitar o acesso e evitar grandes deslocamentos, existem 12 postos de coleta públicos alocados em unidades de saúde estratégicas, permitindo o monitoramento de doenças crônicas e o diagnóstico preciso para o tratamento precoce.

#### 4.3 ATENÇÃO TERCIÁRIA

A atenção terciária é o nível de assistência responsável por procedimentos de alta complexidade, intervenções cirúrgicas e cuidados intensivos. É acionado em situações de agudização de doenças crônicas, traumas graves ou quando há necessidade de suporte tecnológico que não pode ser oferecido nos níveis anteriores da rede. O acesso ocorre de duas formas principais: via Urgência e Emergência (através das UPAs e do SAMU) ou via eletiva, mediante regulação para cirurgias e procedimentos de alta especialização. O foco na terceira idade deve ser a estabilização rápida e a reabilitação precoce, visando evitar o declínio funcional causado pela imobilidade no leito hospitalar.

**Quadro 06.** Pontos de atenção terciária e ações no cuidado com a pessoa idosa

Ponto de Atenção	Principais Ações
Hospital São José (HSJ)	Referência municipal em trauma, neurocirurgia e oncologia. Cirurgias complexas, tratamento oncológico, Unidade de Terapia Intensiva, Acidente Vascular Cerebral, neurocirurgia, emergência de porta aberta para grandes traumas.
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Referência em Cardiologia. Foco em doenças crônico-degenerativas de alta complexidade Cirurgias cardíacas, cateterismo, tratamento de doenças vasculares e Unidade de Terapia Intensiva clínica.
Hospitais filantrópicos (Instituição Bethesda)	Apoio à rede pública via convênios/contratualização (SUS). Realização de cirurgias eletivas e exames de imagem de alta densidade.

Fonte: Elaborado por NGQP, 2026.



## 5. AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

### 5.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é definido por um conjunto de alterações estruturais, bioquímicas, funcionais e psicológicas que incidem sobre o organismo humano. Trata-se de um fenômeno dinâmico, progressivo e heterogêneo, cujo ritmo é ditado por uma interação complexa entre fatores genéticos, condições de saúde física e mental, além do contexto socioambiental em que o indivíduo está inserido. Nesse cenário, o maior desafio contemporâneo não reside apenas no prolongamento da longevidade, mas na garantia de um envelhecimento pautado pela saúde e qualidade de vida.

Compreendida como uma etapa natural do ciclo vital, a senioridade deve ser analisada em sua totalidade multidimensional. Isso implica considerar não apenas as transformações biológicas, mas também os impactos sociais e culturais que moldam a experiência da pessoa idosa. Dentro dessa perspectiva, é fundamental distinguir dois conceitos centrais: a senescência e a senilidade.

A senescência refere-se ao processo de envelhecimento "normal" ou fisiológico. Caracteriza-se por mudanças graduais e discretas, como o surgimento de cabelos brancos, rugas, flacidez muscular e alterações sensoriais (visão, audição e percepção gustativa). Embora os sistemas orgânicos envelheçam de forma diferenciada, na senescência as alterações funcionais não impedem a autonomia ou o gerenciamento das atividades cotidianas. Vale ressaltar que hábitos de vida saudáveis, como alimentação equilibrada e atividade física, são determinantes para minimizar esses efeitos.

Em contrapartida, a senilidade abrange as condições patológicas associadas ao envelhecimento. Diferencia-se pela ocorrência de doenças que, quando não controladas, comprometem severamente a capacidade funcional e intelectual do indivíduo. Tais patologias podem ter origem genética ou ambiental, afetando domínios como memória, atenção, raciocínio e reflexos, o que gera impactos significativos não apenas na autonomia da pessoa idosa, mas também na dinâmica de seus núcleos familiares.

**Quadro 07.** Alterações fisiológicas no processo de envelhecimento e impactos clínicos

Sistema	Principais alterações	Impacto clínico / riscos
Sensorial	Redução da acuidade visual, auditiva, gustativa, olfativa e tátil.	Quedas, isolamento social, depressão, desnutrição e queimaduras.
Tegumentar	Ressecamento e perda de elasticidade, fragilidade cutânea e redução sebácea.	Maior risco de lesões por pressão, infecções e hipotermia.
Cardiovascular	Redução da reserva funcional, rigidez arterial e aumento da HAS (50-70%).	Hipotensão ortostática, pseudo-hipertensão e hiato auscultatório.
Respiratório	Menor complacência pulmonar, redução do reflexo da tosse e do clearance mucociliar.	Alta vulnerabilidade a pneumonias (frequentemente sem febre).
Urinário	Menor complacência vesical, hiperatividade do detrusor e alteração do ritmo circadiano.	Noctúria, urgência miccional, insônia e quedas noturnas.
Digestório	Xerostomia, hipocloridria, redução da motilidade e esvaziamento lento.	Constipação, desnutrição e má absorção de Vitamina B12, Ferro e Cálcio.
Nervoso	Fragmentação do sono, avanço de fase (dormir/acordar cedo), redução de reflexos.	Sono não reparador, cochilos diurnos e maior tempo de reação.
Músculo Esquelético	Sarcopenia, osteoporose e osteoartrose.	Perda de autonomia, fraturas de fêmur e dor crônica.
Saúde bucal	Perda de dentes, cárie de raiz e próteses mal adaptadas.	Prejuízo nutricional, dor e risco de Câncer bucal.
<p>Para mais informações sobre o cuidado e autocuidado no processo de envelhecimento acesse: <a href="#">Guia de cuidados para a pessoa idosa</a> e o Caderno de Atenção Básica nº 19: <a href="#">Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa</a></p>		

**Fonte:** Elaborado por NGQP, com base no Guia de cuidados para a pessoa idosa (DF,2023) e no Caderno de Atenção Básica nº19 (DF, 2006).

## 5.2 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

### 5.2.1 Avaliação ambiental

A Avaliação ambiental constitui um pilar estratégico da atenção à saúde da



peessoa idosa, pois o domicílio é o cenário onde ocorre a maioria dos eventos adversos, como as quedas. Para estruturar essa análise, os profissionais de saúde devem utilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como ferramenta prática de preenchimento e monitoramento. Através do checklist contido no instrumento, é possível realizar um diagnóstico situacional do ambiente, identificando barreiras arquitetônicas e riscos domésticos que podem ser mitigados para preservar a autonomia e a integridade física do indivíduo. Ao avaliar o ambiente, o profissional não apenas identifica riscos, mas também estabelece um canal de educação em saúde com a família.

**Figura 04.** Avaliação do ambiente



**Fonte:** Elaborado por NGQP, com base na Caderneta de Saúde da Pessoas Idosa (DF, 2025).

Ao avaliar o ambiente, o profissional não apenas identifica riscos, mas também estabelece um canal de educação em saúde com a família, fornecendo orientações práticas para a adaptação do lar, garantindo segurança ambiental e prevenção de acidentes domésticos.

## 5.2.2 Avaliação do suporte sociofamiliar



A avaliação do suporte sociofamiliar auxilia na identificação de vulnerabilidades e potencialidades no ambiente onde a pessoa idosa vive, permitindo compreender se a rede de apoio atual é suficiente para garantir sua autonomia e segurança. Ao investigar os vínculos afetivos, a presença de cuidadores e a participação da pessoa idosa em atividades comunitárias, essa análise ajuda a detectar precocemente o isolamento social, o risco de abandono e possíveis situações de violência ou negligência. Além disso, essa dimensão da avaliação é crucial para determinar a viabilidade do plano de cuidados proposto. Ela permite identificar se a pessoa idosa possui auxílio para tarefas cotidianas, como a administração correta de medicamentos, a higiene pessoal e o deslocamento para consultas e exames.

**Figura 05.** Avaliação do suporte sociofamiliar



**Fonte:** Elaborado por NGQP, com base na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (DF, 2025).

Para essa avaliação, os profissionais de saúde podem utilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, registrando de forma longitudinal as mudanças na

estrutura de suporte da pessoa idosa. Sempre que a avaliação indicar fragilidade na rede de apoio, risco de isolamento ou vulnerabilidade socioeconômica acentuada, as seguintes medidas devem ser adotadas, conforme apresentadas no quadro 08.

**Quadro 08.** Ação da APS em pessoas idosas com vulnerabilidade sociofamiliar

Situação identificada	Ação da APS
Casos complexos que exigem suporte psicológico ou assistência social específica.	Avaliação equipe e-multi: discussão do caso para elaboração de estratégias de suporte territorial e plano de cuidado.
Vulnerabilidade social, pobreza, isolamento e necessidade de suporte comunitário.	Encaminhamento para o CRAS
Suspeita ou confirmação de violência (física, psicológica, patrimonial ou negligência).	Notificação e encaminhamento para o CREAS.

**Fonte:** Elaborado por NGQP, com base no *Índice de Vulnerabilidade Social e Familiar (IVSF-10)*; e *Caderno de Atenção Básica nº 19 (DF,2007)*

### 5.2.3 Avaliação clínico-funcional

A PNSPI define que a pessoa idosa saudável é aquela que preserva sua autonomia e independência, independentemente da presença de patologias. Assim, a funcionalidade global torna-se o eixo central da avaliação clínica, exigindo uma análise minuciosa que inclua informações de familiares e cuidadores para identificar precocemente riscos de declínio. O Quadro 09 apresenta a diferenciação detalhada entre esses conceitos.

**Quadro 09.** Conceitos estruturantes da avaliação multidimensional da pessoa idosa.

Conceito	Definição
Autonomia	Capacidade individual de decisão e direito de escolha.
Independência	Capacidade de realizar atividades sem ajuda de outros.
Funcionalidade	Equilíbrio entre autonomia e independência.

**Fonte:** NGQP, com base no *Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária À Saúde*.



Nesse contexto, a avaliação multidimensional da pessoa idosa consolida-se como o pilar da assistência geriátrica na APS. Seu foco reside na capacidade do indivíduo de manter a autogestão, fornecendo subsídios essenciais para a elaboração de um plano de cuidado individualizado. Essa avaliação abrange domínios fundamentais, iniciando-se pela capacidade funcional, que é estratificada em dois níveis de complexidade, conforme detalhado no Quadro 10.

**Quadro 10.** Estratificação das Atividades de Vida Diária (AVD) na avaliação funcional da pessoa idosa

Dimensão funcional	Descrição e foco da avaliação	Atividades avaliadas (exemplos)	Significado clínico
Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	Avaliam as tarefas de autocuidado que a pessoa idosa realiza rotineiramente para manter sua sobrevivência e higiene.	Banho, higiene pessoal, vestir-se, alimentação, transferência (sair da cama/cadeira) e continência (esfíncteres).	A perda de uma ABVD caracteriza dependência estabelecida e alta fragilidade, indicando necessidade de cuidador para a sobrevivência.
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Avaliam a capacidade de gestão do cotidiano e a integração ativa na comunidade.	Usar telefone, utilizar transportes, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, gerenciar medicamentos e finanças.	A perda de AIVDs é um preditor precoce de declínio funcional. Frequentemente precede a perda das ABVDs e indica risco de perda da autonomia.
<b>Informações de terceiros:</b> O relato de familiares e cuidadores é vital, pois muitas vezes a pessoa idosa omite declínios (como esquecimentos ou quedas) por medo de perder a liberdade.			

*Fonte:* Elaborado por NGQP com base nos protocolos de Katz (ABVD) e Lawton & Brody (AIVD) (2006).F

#### 5.2.4 Estratificação de risco da pessoa idosa na APS

A estratificação de risco pode ser dividida em etapas sequenciais, desde a identificação no território até o acompanhamento contínuo da pessoa idosa baseado na sua funcionalidade. A primeira etapa consiste na identificação e conhecimento do território, por meio do cadastramento e abordagem familiar realizados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) para estabelecer o vínculo com a Equipe de Saúde da



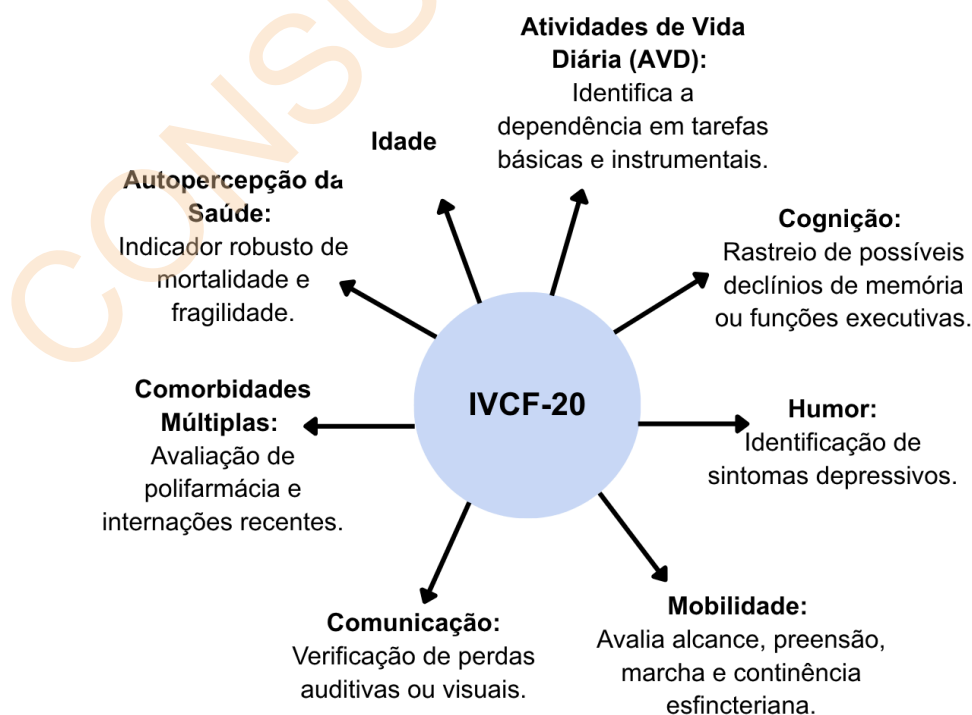
Família (eSF).

A captação deve ser ativa, aproveitando todas as oportunidades de contato:

- **Visitas domiciliares:** de rotina ou para atendimentos específicos.
- **Demanda na UBS:** consultas, vacinação, dispensação de medicamentos e ações educativas.
- **Intersetorialidade:** integração com equipamentos sociais e realização de ações de saúde para a triagem.

Em qualquer oportunidade de captação, deve-se iniciar a avaliação de risco clínico-funcional. O instrumento norteador para essa etapa é o IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional, que é uma ferramenta de triagem rápida (5 a 10 minutos) que apresenta alta acurácia para o reconhecimento da pessoa idosa frágil. Ele avalia 8 domínios multidimensionais através de 20 perguntas sistematizadas e medidas fundamentais, como peso, estatura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da panturrilha e velocidade da marcha. O escore varia de 0 a 40 pontos: quanto maior a pontuação, maior o risco de desfechos adversos.

**Figura 06.** Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional - IVCF-20



**Fonte:** Elaborado por NGQP, como base no *Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde*. Brasília: CONASS, 2023.

Cada seção é avaliada através de perguntas simples, que podem ser respondidas pela pessoa idosa ou por alguém que conviva com ela (familiar ou cuidador) e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde.

O Instrumento encontra-se em anexo e também pode ser obtido no [Site Oficial IVCF-20](#) (preenchimento online e geração do gráfico de teia com a classificação automática da pessoa idosa).

Para facilitar a tomada de decisão clínica após a coleta desses dados, a pontuação obtida é convertida em categorias de risco, conforme detalhado no quadro 11:

**Quadro 11:** Classificação da pessoa idosa após a aplicação do IVCF-20

Pontuação	Classificação da pessoa idosa
0 a 6 pontos	Robusta
7 a 14 pontos	Risco de fragilização
15 pontos ou mais	Frágil

**Fonte:** Elaborado por NGQP, com base no *Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde*. Brasília: CONASS, 2023.

Para garantir uma assistência integral, a estratégia de intervenção é pautada na classificação obtida pelo IVCF-20, permitindo que as ações da APS variem desde o monitoramento preventivo até o manejo complexo de vulnerabilidades, assegurando que os recursos terapêuticos sejam aplicados de maneira oportuna e resolutiva, conforme quadro 12:

**Quadro 12:** Plano de Cuidados conforme a Classificação da pessoa idosa



Classificação da pessoa idosa	Ações de saúde	Suporte e intersectorialidade	Monitoramento
<p><b>Robusta</b></p> <p>Foco: Promoção da saúde e prevenção ativa.</p>	<p>-Incentivo ao envelhecimento ativo; grupos de atividade física, caminhada e práticas corporais.</p> <p>-Monitoramento preventivo: PA, glicemia, IMC e saúde bucal.</p> <p>-Orientações sobre alimentação saudável e incentivo ao autocuidado.</p> <p>-Manutenção do calendário vacinal e manejo de doenças crônicas controladas.</p>	<p>-Orientação sobre direitos e Estatuto da pessoa idosa.</p> <p>-Articulação com CRAS para suporte em situações de vulnerabilidade social.</p> <p>-Atividades em grupos nas Vilas da Saúde para prevenir o isolamento social.</p> <p>Atividades com E-Multi</p>	<p>Repetir IVCF-20 em 6 meses (ou antes, se houver evento sentinela).</p>
<p><b>Em risco de fragilização</b></p> <p>Foco: Investigação e prevenção de perdas funcionais.</p>	<p>-Avaliação detalhada dos domínios comprometidos no IVCF-20.</p> <p>-Ações de prevenção secundária/terciária e reabilitação precoce.</p> <p>-Encaminhamento à equipe multiprofissional, priorizando o domínio funcional afetado.</p> <p>-Visitas domiciliares se houver necessidade e treinamento de cuidadores.</p>	<p>-Adaptação do ambiente físico residencial para prevenção de quedas.</p> <p>-Articulação com CRAS para suporte em situações de vulnerabilidade social.</p>	<p>Repetir IVCF-20 em 6 meses (ou antes, se houver evento sentinela).</p>
<p><b>Frágil</b></p> <p>Foco: Gestão de alta</p>	<p>-Realização de avaliação multidimensional detalhada por equipe multiprofissional.</p>	<p>-Apoio intensivo ao cuidador (avaliação de sobrecarga).</p>	<p>Repetir IVCF-20 em 6 meses ou conforme o</p>

complexidade e qualidade de vida.	-Revisão rigorosa de prescrições. -Encaminhamento à Atenção Secundária nos domínios necessários e reabilitação focada em conforto.	-Articulação com CRAS para suporte em situações de vulnerabilidade social. - Articulação com CREAS em situações de violação de direitos.	plano de cuidados personalizado.
-----------------------------------	---	---	----------------------------------

**Nota:** O evento sentinela é qualquer ocorrência clínica ou social súbita que possui um alto potencial de causar o declínio rápido da capacidade funcional e da autonomia da pessoa idosa

Documentação de apoio:

Acessar pelo link da pagina prefeitura

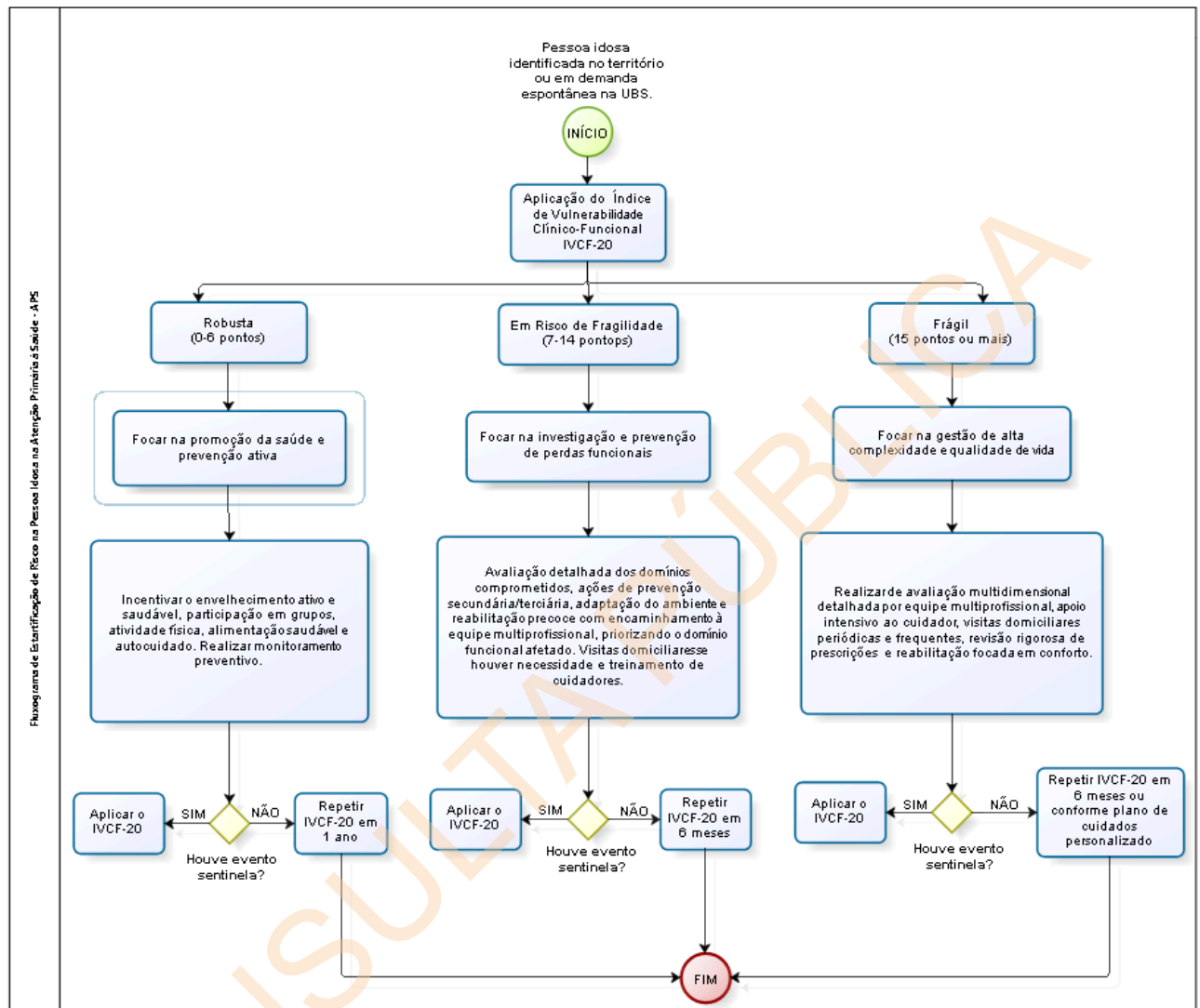
Protocolos, POPs e outros documentos da Saúde

- Protocolo de Acesso à Fórmulas e Suplementos Nutricionais
- Protocolo de Acesso ao Serviço de Fisioterapia Domiciliar
- Manual da Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
- Protocolo de Acesso para Fonoaudiologia e Exames Auditivos

**Fonte:** Elaborado por NGQP. com base no Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (CONASS, 2023) e no Manual de aplicação do IVCF-20 (RS, 2023).



### 5.2.4.1 Fluxo de estratificação de risco da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde - APS



Elaborado por: NGQP, 2026



## 6. SÍNDROMES GERIÁTRICAS

Para conectar o rastreamento à prática clínica, é fundamental entender que as condições que mais afetam a qualidade de vida na velhice não são apenas as doenças listadas em códigos (CID), mas sim as chamadas Síndromes Geriátricas.

Essas síndromes são condições de saúde complexas, geralmente multifatoriais, que não se encaixam em categorias de doenças isoladas. Elas ocorrem quando os efeitos do envelhecimento se somam a múltiplos déficits em diferentes sistemas orgânicos. Na APS identificar essas síndromes é o que permite ao profissional de saúde ir além do diagnóstico biológico e atuar naquilo que realmente importa para a pessoa idosa: a sua capacidade funcional.

Reconhecidas como os "Gigantes da Geriatria", essas condições atuam como os principais preditores de fragilização, hospitalização precoce e perda de autonomia. Abaixo, estão detalhados as condições que compõem os 7 "Is" da Geriatria (Síndromes Principais):

### 6.1 INSUFICIÊNCIA COGNITIVA

A avaliação cognitiva 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.

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 13.** Diagnóstico diferencial das principais causas de demência

Tipo de demência	Característica
Doença de Alzheimer	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.
Demência vascular	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.
Demência com corpúsculos de Lewy	Ocorre flutuação da cognição, alucinações visuais recorrentes e bem formadas e parkinsonismo precoce.
Demências frontotemporais doença de Pick	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:** Elaborado por NGR com base na Linhas de Cuidado: Demência: Atenção Especializada: Diagnóstico Precoce (MS, 2022)

O papel fundamental da equipe de Atenção Primária à Saúde nos casos de demência é assegurar a integralidade do cuidado e o bem-estar do usuário, de seus familiares e cuidadores. Diante da complexidade diagnóstica, compete à APS



realizar o rastreio laboratorial básico, incluindo hemograma, dosagem de vitaminas B12 e D, sorologia para sífilis, funções renal e hepática, glicemia e avaliação da tireoide para excluir causas reversíveis, além de aplicar os testes cognitivos iniciais.

Confirmada a suspeita, o cuidado compartilhado com a atenção especializada (Neurologia) torna-se essencial para definir o diagnóstico etiológico e ajustar a terapêutica. Paralelamente, a equipe de Estratégia Saúde da Família deve monitorar a saúde do cuidador, incentivando ações preventivas como imunização e exames de rotina, visando mitigar a sobrecarga física e emocional.

## 6.2 INSTABILIDADE POSTURAL / QUEDAS

As quedas representam um dos principais "eventos sentinela" na geriatria, podendo desencadear a perda da autonomia e da independência. A ocorrência de uma queda frequentemente indica a necessidade de uma abordagem integral e preventiva, dado que suas causas são multifatoriais, envolvendo alterações fisiológicas da senescência (redução da acuidade visual e auditiva, perda de força em membros inferiores e déficit de equilíbrio), doenças específicas (como a osteoporose) e determinantes socioambientais.

A queda pode ser tão limitante quanto os quadros demenciais, gerando impactos profundos no humor, na vida social e na funcionalidade. Entre as complicações mais graves, destacam-se as fraturas de fêmur, com alta taxa de morbimortalidade e tempo de hospitalização prolongado.

Os fatores de risco são classificados em duas categorias principais:

- Fatores intrínsecos: São aqueles inerentes à pessoa idosa.

Déficits Sensoriais: Redução da percepção de profundidade, visão periférica e presbiacusia.

Comprometimento neurológico e vestibular: Tonturas, vertigens e redução da propriocepção (comum em neuropatias periféricas e patologias cervicais).

Alterações Musculoesqueléticas: Sarcopenia (perda de massa e força muscular), degenerações articulares e deformidades nos pés.

Fatores hemodinâmicos e urinários: Hipotensão ortostática e nictúria (despertares noturnos frequentes).

Farmacologia: Polifarmácia (uso de 5 ou mais medicamentos) e uso de drogas psicotrópicas ou sedativas.



- Fatores Extrínsecos: são aqueles relacionados ao ambiente como: iluminação inadequada ou insuficiente; barreiras arquitetônicas (degraus altos, superfícies escorregadias, tapetes soltos e fios expostos; mobiliário instável ou obstáculos no fluxo de passagem; vestuário e calçados inadequados (chinelos desestruturados ou roupas excessivamente longas).

A prevenção fundamenta-se na identificação precoce e no controle de fatores de risco. O quadro 17 detalha as principais condutas da equipe de saúde para evitar quedas em pessoas idosas.

**Quadro 14.** Condutas para prevenção de quedas em pessoas idosas

Ação	Descrição das condutas
Rastreio de risco	Questionamento sobre quedas no último ano. Observação clínica (marcha lenta, equilíbrio instável e dificuldade de levantar-se).
Avaliação funcional	Triagem de sarcopenia (circunferência da panturrilha) e avaliação da mobilidade
Fortalecimento e equilíbrio	Encaminhamento para grupos de atividade física nas Vilas da Saúde ou polos de academia da saúde. Foco no treinamento de força de membros inferiores e exercícios específicos de equilíbrio estático e dinâmico.
Visita domiciliar estratégica	Realização de busca ativa e acompanhamento presencial pela equipe (ACS, técnico, enfermeiro ou médico). Avaliação do risco de quedas, identificando barreiras arquitetônicas e comportamentais no ambiente da pessoa idosa.
Segurança no domicílio	Orientação para instalação de barras de apoio, retirada de tapetes soltos, organização de fios e reforço da iluminação para compensar a perda de acuidade visual natural.
Manejo farmacológico	Revisão periódica da prescrição para identificação de polifarmácia e realização de desprescrição ou ajuste de doses para reduzir efeitos adversos.

**Fonte:** Elaborado por NGQP, com base na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006), no Guia ICOPE/OMS (2019) e nas diretrizes operacionais das Vilas da Saúde – SES/Joinville.

Em casos de episódios recentes de queda, a pessoa idosa deve ser submetida à avaliação médica imediata para identificar a causa aguda e prevenir a



recorrência. O objetivo final da avaliação é tratar a etiologia base e implementar intervenções personalizadas que preservem a capacidade funcional da pessoa idosa.

### 6.3 IMOBILIDADE

A Síndrome da imobilidade é definida como um complexo de sinais e sintomas decorrentes da supressão prolongada de movimentos articulares e da incapacidade de mudança postural. O indivíduo torna-se acamado e dependente para todas as AVDs. Estudos indicam que apenas 30% da perda funcional deve-se à patologia de base; a maior parte da deterioração é causada pelo confinamento ao leito e pela síndrome do desuso. A imobilidade prolongada possui alta taxa de mortalidade (cerca de 40%), frequentemente associada a quadros de pneumonia, embolia pulmonar e sepse.

As principais causas incluem osteoartrose grave, fraturas de fêmur, AVC, DPOC, insuficiência cardíaca, desnutrição e demências avançadas. Uma vez instalada a imobilidade, a vigilância sobre as complicações sistêmicas torna-se imperativa:

- Sistema tegumentar: Risco elevado de lesões por pressão, escoriações, dermatites e infecções fúngicas.
- Sistema musculoesquelético: Desenvolvimento de osteoporose por desuso, anquiloses, contraturas musculares e dor crônica.
- Sistema cardiovascular: Predisposição a Trombose Venosa Profunda (TVP), embolia pulmonar e hipotensão ortostática.
- Sistema digestório: Ocorrência de constipação severa, disfagia e fecaloma , que pode gerar a diarreia paradoxal (escape de fezes líquidas contornando a massa endurecida).
- Sistema geniturinário: Retenção ou incontinência urinária e elevado risco de infecções do trato urinário.
- Sistema neuropsíquico: Inversão do ciclo sono-vigília, episódios de *delirium*, depressão reativa e agravamento de quadros demenciais.

No âmbito da Atenção Primária, a assistência à pessoa idosa com síndrome de imobilidade deve ser conduzida por uma equipe multidisciplinar. O foco reside na



promoção da qualidade de vida e na prevenção de agravos, conforme sintetizado no Quadro 15.

**Quadro 15.** Assistência multidisciplinar à pessoa idosa em síndrome de imobilidade

Cuidado	Ações e intervenções recomendadas
Prevenção de lesões	Realização de mudança de decúbito a cada duas horas e inspeção diária rigorosa de proeminências ósseas.
Integridade cutânea	Manutenção de hidratação corporal rigorosa e cuidados específicos com a pele para evitar rompimentos teciduais.
Manejo de eliminações	Monitoramento do hábito intestinal via relatório de evacuação e realização de toque retal em casos de suspeita de fecaloma.
Suporte ao cuidador	Orientação técnica sobre posicionamento no leito, hidratação, manejo da dor e estratégias para mitigar a sobrecarga física e emocional

*Fonte:* Elaborado por NGQP com base no Cadernos de Atenção Básica, n. 19-Envelhecimento e saúde da pessoa idosa). 2006.

#### 6.4 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária (IU) é definida pela perda involuntária de urina, condição que tende a se intensificar com o envelhecimento, apresentando maior prevalência no sexo feminino. Para a pessoa idosa, a incontinência urinária não é apenas um desconforto social, mas um fator de risco para complicações clínicas graves, como infecções do trato urinário, maceração cutânea, úlceras por pressão e quedas. Além disso, o impacto psicossocial é profundo, resultando em constrangimento, isolamento social e quadros depressivos.

As alterações da senescência, como a redução da capacidade e do tônus vesical, dificultam o retardamento da micção. Em mulheres, a hipotrofia dos tecidos urogenitais decorrente da privação estrogênica contribui para a perda de suporte uretral. Outros fatores determinantes incluem a polifarmácia, a redução da mobilidade e da destreza manual, além do aumento da produção de urina em decúbito.

A avaliação clínica deve, primeiramente, identificar causas transitórias e reversíveis. Já as causas crônicas são classificadas em quatro grupos principais, conforme apresentadas no Quadro 16.



**Quadro 16.** Classificação das causas crônicas de incontinência urinária na pessoa idosa

Categoria	Descrição clínica	Causas comuns
IU de esforço	Perda urinária ao tossir, rir, espirrar ou realizar exercícios físicos.	Fraqueza dos músculos do assoalho pélvico e hiper mobilidade do colo vesical.
IU de urgência	Necessidade súbita, forte e inadiável de urinar (urgência miccional).	Hiperatividade do músculo detrusor (bexiga neurogênica ou idiopática).
IU por transbordamento	Escape de pequenas quantidades de urina por esvaziamento incompleto da bexiga.	Obstruções infravesicais (ex: Hiperplasia Prostática Benigna) ou bexiga acalásica (neuropatias).
IU funcional	Perda urinária por incapacidade de chegar ao banheiro a tempo.	Limitações físicas (imobilidade) ou cognitivas (demências graves/desorientação).
<p>Antes de classificar a IU como crônica, o profissional deve identificar causas potencialmente tratáveis (DIURAMID)</p> <p>D – Delirium            I – Infecções do trato urinário            U – Uretrite e vaginite atróficas            R – Restrição da mobilidade            A – Aumento do débito urinário            M - Medicamentos            I – Impactação fecal            D – Distúrbios psíquicos</p>		

**Fonte:** Elaborado por NGQP, com base no Tratado de Geriatria e Gerontologia (RJ, 2013) e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Programa de Educação continuada (RJ, 2009).

A assistência à pessoa idosa com queixas urinárias foca na modificação de hábitos e na garantia da acessibilidade, visando reduzir o impacto na qualidade de vida, conforme detalhado no Quadro 17.

**Quadro 17.** Intervenções comportamentais no manejo da incontinência urinária

Intervenções	Estratégias e condutas recomendadas
Controle hídrico	Ingestão predominante de líquidos no período matutino e restrição hídrica após as 19h para reduzir a noctúria.
Treinamento vesical	Estímulo a micções programadas em horários fixos, independentemente do desejo miccional imediato, para reeducação da bexiga.



Higiene dietética	Restrição de substâncias irritantes vesicais (caféina, álcool e adoçantes) e manejo da constipação crônica para reduzir a pressão intra-abdominal.
Segurança e acesso	Garantia de acesso livre ao banheiro, eliminação de barreiras físicas e manutenção de iluminação adequada para facilitar a mobilidade.

**Fonte:** *Elaboração NGQP com base no Tratado de Geriatria e Gerontologia (RJ, 2013) e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Programa de Educação continuada (RJ, 2009).*

Ampliando o escopo de reabilitação, diversas Unidades Básicas de Saúde oferecem grupos terapêuticos voltados ao tratamento da incontinência urinária. Sob a condução de fisioterapeutas, essas intervenções focam no fortalecimento do assoalho pélvico e na reeducação comportamental. Ao tratar uma condição que impacta diretamente a segurança e a autoestima, esses grupos desempenham um papel vital na manutenção da autonomia, prevenindo o isolamento social e garantindo que a pessoa idosa mantenha sua participação ativa na comunidade

## 6.5 IATROGENIA

A iatrogenia refere-se a qualquer dano ou efeito adverso causado à pessoa idosa decorrente da intervenção profissional, seja ela médica, farmacêutica ou de outros membros da equipe de saúde. No envelhecimento, o organismo passa por alterações na farmacocinética (como a redução da função renal) e na farmacodinâmica (maior sensibilidade do sistema nervoso central), tornando o equilíbrio entre o benefício e o risco de qualquer tratamento muito mais tênue.

O cenário iatrogênico ocorre frequentemente quando a prescrição de novos fármacos ignora as interações com medicamentos já em uso ou quando sintomas adversos são tratados com ainda mais medicações, resultando em polifarmácia e perda de funcionalidade. Para garantir a segurança na prescrição e o manejo terapêutico adequado à complexidade do envelhecimento, o profissional deve transitar de um modelo focado apenas na cura para uma abordagem centrada na preservação da autonomia, conforme detalhado nas diretrizes do Quadro 18.

**Quadro 18.** Diretrizes de segurança para a prevenção de iatrogenia



Dimensão	Orientação tradicional	Conceito atualizado (2023 - 2026)
Foco da assistência	Tratar a doença de forma isolada.	As decisões são pactuadas com a pessoa idosa, priorizando a funcionalidade e a qualidade de vida.
Desprescrição	Prescrição de uso contínuo ("Tomar para sempre").	Processo planejado de redução ou interrupção de medicamentos cujos riscos (quedas, confusão mental) superam os benefícios ou que não condizem mais com a expectativa de vida.
Segurança na transição	Evitar várias tomadas diárias.	Comparar os medicamentos que a pessoa idosa já utiliza com os novos prescritos (especialmente após altas hospitalares ou consultas com especialistas) para evitar duplicidade e interações perigosas.
Abordagem terapêutica	Foco exclusivo no tratamento medicamentoso.	Encaminhamento para atividades coletivas (Vilas da Saúde), suporte social e mudanças de estilo de vida como primeira linha de tratamento para sintomas leves.
Dosagem e início	Dose padrão para adultos.	Iniciar com a menor dose possível e progredir lentamente, monitorando a depuração renal e a sensibilidade do sistema nervoso central da pessoa idosa.

*Fonte: Elaboração própria (2026), com base em AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2023 e O'MAHONY et al., 2023.*

## 6.6 INSUFICIÊNCIA SENSORIAL

A insuficiência sensorial impacta diretamente a segurança e a participação social da pessoa idosa. O declínio das funções visuais e auditivas não deve ser encarado como uma consequência normal e inevitável do envelhecimento, mas como uma condição que exige rastreio ativo e intervenção precoce. O comprometimento dos sentidos cria uma barreira entre o indivíduo e o meio, sendo um fator determinante para o isolamento social, a depressão e o declínio cognitivo.

Na Atenção Primária, o foco deve estar na identificação de causas tratáveis e na adaptação do ambiente para prevenir desfechos adversos, como as quedas.

Na Insuficiência Sensorial (Audição) o fonoaudiólogo é o profissional capacitado para realizar a avaliação auditiva completa após o rastreio inicial na APS e avaliação audiológica completa: audiometria tonal, logaudiometria e imitanciometria, através de procedimentos no sistema eletrônico, após o rastreio



inicial na APS, e/ou avaliação otorrinolaringológica quando identificado questões otológicas importantes (perfuração timpânica, otite média aguda ou crônica, zumbido persistente, vertigem, etc).

Para orientar a identificação dos principais domínios, impactos e as condutas necessárias, deve-se seguir conforme o Quadro 19.

**Quadro 19.** Manejo da insuficiência sensorial na APS: identificação e intervenções.

Domínio sensorial	Causas principais	Impactos e riscos associados	Conduta na APS
Deficiência visual	Presbiopia, catarata, glaucoma, degeneração macular e retinopatia diabética.	Quedas, fraturas e erros na administração de medicamentos.	Realização do teste de Snellen e encaminhamento para oftalmologia.
Deficiência auditiva	Presbiacusia e causas reversíveis como cerume impactado.	Isolamento social, depressão e dificuldade de compreensão de orientações.	Teste do sussurro e otoscopia para descartar cerume. Conduta do fonoaudiólogo na APS, realizar exames como a audiometria para definir o grau da perda e, se necessário, realizar a seleção e adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI).
<b>Nota:</b> Para garantir a segurança e a qualidade de vida, recomenda-se a adaptação ambiental (melhoria da iluminação e remoção de tapetes) e a comunicação efetiva (falar de frente para a pessoa idosa, de forma clara e pausada).			

**Fonte:** Elaboração própria com base no Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (CONASS, 2023).

## 6.7 INANIÇÃO

A inanição, também referida como desnutrição ou perda de peso involuntária, é uma das síndromes geriátricas mais críticas, pois atua como um marcador de fragilidade e reserva funcional reduzida. No envelhecimento, essa condição está



intimamente ligada à Sarcopenia, um processo complexo que vai além da simples magreza, impactando diretamente a força e a autonomia da pessoa idosa.

Diferente da perda de peso comum, a sarcopenia é definida pela perda progressiva e generalizada da massa, força e desempenho muscular. Ela pode ser classificada como primária, quando decorrente apenas do processo natural de envelhecimento, ou secundária, resultante de doenças inflamatórias, sedentarismo ou má ingestão proteico-calórica. Na pessoa idosa, a sarcopenia aumenta o risco de quedas, dificulta a recuperação de doenças agudas e está associada a uma maior taxa de mortalidade.

O reconhecimento precoce da perda de massa muscular é essencial na Atenção Primária, pois a intervenção em estágios iniciais pode reverter o declínio funcional e evitar a institucionalização.

Para orientar o diagnóstico e as intervenções necessárias, deve-se seguir o Quadro 20.

**Quadro 20.** Avaliação de Inanição e Manejo da Sarcopenia na Pessoa Idosa

Domínio sensorial	Marcadores de risco e causas	Impactos e riscos associados	Conduta na APS
Estado nutricional	Perda de peso involuntária (>5% em 6 meses), anorexia e higiene oral precária.	Baixa imunidade, cicatrização lenta e maior tempo de internação.	Avaliação nutricional e pesagem periódica.
Sarcopenia	Redução da circunferência da panturrilha e fadiga ao realizar tarefas simples.	Instabilidade postural, quedas e dependência para atividades de vida diária.	Medição da circunferência da panturrilha (< 31cm como alerta) e teste de força.
Desempenho físico	Marcha lenta, dificuldade de levantar da cadeira sem apoio dos braços.	Evolução para a síndrome do imobilismo e perda da autonomia.	Teste de velocidade de marcha e o teste <i>Timed Up and Go</i> (TUG).
<p><b>Nota:</b> O tratamento da sarcopenia exige uma abordagem combinada de exercícios de resistência (musculação adaptada ou fisioterapia) e aporte proteico adequado, respeitando a função renal da pessoa idosa. Deve-se também avaliar a saúde bucal (próteses mal adaptadas) e o isolamento social, que são causas frequentes de redução na ingestão de alimentos.</p>			

**Fonte:** Elaboração NGQP, com base na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2025)) e Consenso Europeu de Sarcopenia (EWGSOP, 2019).



## 7. PROCESSO DE TRABALHO

A evolução desta linha de cuidado será monitorada através de indicadores, como a redução das internações por ICSAP e indicadores de processo, como a ampliação da cobertura vacinal e a universalização da estratificação clínico-funcional via IVCF-20. Estes dados permitirão o realinhamento das estratégias entre a APS e os serviços especializados. Para garantir a eficácia das ações em saúde e o alcance das metas estabelecidas, o processo de trabalho das equipes deve ser orientado pelo monitoramento constante de seus indicadores de desempenho. No contexto da Atenção Primária, a organização das rotinas assistenciais e administrativas é fundamental para assegurar que o cuidado seja ofertado de maneira oportuna, sistemática e alinhada às diretrizes de cofinanciamento vigentes.

A sistematização dos dados colhidos na avaliação multidimensional é um pilar dessa organização, pois permite mapear e identificar as necessidades específicas das condições de saúde das pessoas idosas e planejar a assistência conforme a estratificação do IVCF 20.

Esse processo de estratificação é duplamente útil, pois orienta as ações coletivas, que atendem às demandas gerais de diferentes perfis populacionais, e permite o desenho de intervenções personalizadas, focadas na realidade singular de cada sujeito.

Enquanto a visão "macro" possibilita o desenvolvimento de políticas públicas e cuidados abrangentes, o olhar "micro" foca na identificação das necessidades individuais para a construção de projetos terapêuticos singulares. Essa atenção individualizada é crucial para detectar sinais de alerta e intervir oportunamente, reduzindo os riscos de declínio ou perda funcional. Assim, o passo inicial para o cuidado efetivo é o reconhecimento, o cadastramento e o acolhimento da população adscrita.

Por fim, a abordagem à pessoa idosa não deve se limitar ao tratamento de doenças ou agravos específicos. O foco principal da atenção deve ser a funcionalidade e o nível de dependência do indivíduo em relação à sua família ou cuidadores para a realização de atividades cotidianas. Uma vez concluída a avaliação multidimensional, as equipes passam a deter um panorama claro dos



perfis da comunidade, permitindo que as ações de saúde sejam conduzidas de acordo com a capacidade funcional de cada pessoa idosa.

## 7.1 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA APS NA ATENÇÃO À PESSOA IDOSA

As atribuições dos profissionais da equipe mínima e ampliada da APS estão descritas no quadro 21.

**Quadro 21.** Atribuições dos profissionais da APS na atenção à pessoa idosa

Agente comunitário de saúde (ACS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar busca ativa por meio da visita domiciliar;</li> <li>- Identificar e cadastrar todas as pessoas idosas do território;</li> <li>- Observar risco de quedas no domicílio</li> <li>- Informar sobre os serviços e oferecer orientações preventivas.</li> <li>- Aplicar o instrumento IVCF-20</li> </ul>
Técnico de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar busca ativa por meio da visita domiciliar;</li> <li>- Observar risco de quedas no domicílio</li> <li>- Informar sobre os serviços e oferecer orientações preventivas.</li> <li>- Aplicar o instrumento IVCF-20</li> </ul>
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisionar ACS e técnico de enfermagem na aplicação e avaliação do IVCF-20;</li> <li>- Agendar consulta na UBSF de acordo com prioridade definida pelo IVCF-20;</li> <li>- Definir programação local;</li> <li>- Elaborar agenda para atendimento de acordo com risco definido</li> <li>- Realizar consulta de enfermagem;</li> <li>- Participar da avaliação e elaboração do plano de cuidados</li> <li>- Avaliar e monitorar indicadores</li> </ul>
Médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar consulta médica, solicitar exames, prescrever medicamentos;</li> <li>- Participar da avaliação e elaboração do plano de cuidados</li> </ul>
Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ações de reabilitação física;</li> <li>- Oferecer apoio técnico às equipes da ESF;</li> <li>- Participar da avaliação e elaboração do plano de cuidados.</li> </ul>
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ações necessárias ao suporte emocional das pessoas idosas e cuidadores formais ou familiares;</li> <li>- Realizar reabilitação cognitiva;</li> <li>- Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS;</li> <li>- Participar da avaliação e elaboração do plano de cuidados.</li> </ul>



Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar orientação nutricional;</li> <li>- Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS;</li> <li>- Participar da avaliação e elaboração do plano de cuidados</li> </ul>
Assistente social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar as pessoas idosas e familiares nas suas necessidades;</li> <li>- Realizar encaminhamentos para a área social;</li> <li>- Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS;</li> <li>- Participar da avaliação e elaboração do plano de cuidados</li> </ul>
Terapeuta ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar as pessoas idosas em suas necessidades de adaptação individuais;</li> <li>- Apoiar a equipe ESF na avaliação domiciliar do risco de quedas;</li> <li>- Oferecer apoio técnico às equipes da ESF</li> <li>- Participar da avaliação e elaboração do plano de cuidados.</li> </ul>
Odontólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar consulta, orientações e procedimentos odontológicos;</li> <li>- Oferecer apoio técnico às equipes da ESF;</li> <li>- Participar da avaliação e elaboração do plano de cuidados.</li> </ul>
Farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar a assistência farmacêutica em todos seus aspectos;</li> <li>- Oferecer suporte ao médico para a conciliação de medicamentos;</li> <li>- Orientar as pessoas idosas para o uso correto das medicações;</li> <li>- Participar da avaliação e elaboração do plano de cuidados.</li> </ul>
Fonoaudiólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalhar aspectos relacionados à comunicação no que tange à audição e voz;</li> <li>- Trabalhar aspectos relacionados à deglutição;</li> <li>- Participar da avaliação da elaboração do plano de cuidados.</li> </ul>

Fonte: NGQP, 2026.

## 7.2 AÇÕES RELACIONADAS À PRESCRIÇÃO E DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA PESSOAS IDOSAS

O sucesso da terapia medicamentosa na pessoa idosa depende do equilíbrio entre tratar a patologia e preservar a qualidade de vida, sempre tratando o indivíduo como o centro do cuidado, e não apenas a doença de forma isolada.

O manejo medicamentoso na terceira idade exige que os profissionais de saúde definam metas terapêuticas claras, planejem a intervenção e monitorem continuamente os desfechos. Para otimizar o tratamento e minimizar riscos, os profissionais devem adotar as seguintes condutas ao prescrever um medicamento:



- **Priorização não farmacológica:** Optar por intervenções alternativas ao uso de drogas sempre que viável.
- **Visão sistêmica do paciente:** Analisar todos os fármacos em uso, incluindo automedicação e prescrições de outros especialistas.
- **Gestão de ciclo de vida do fármaco:** Definir, no ato da prescrição, o tempo de uso previsto e os critérios para interrupção.
- **Simplificação terapêutica:** Ajustar dosagens conforme a tolerância e utilizar o menor número possível de substâncias em horários facilitados.
- **Comunicação eficaz:** Fornecer orientações verbais e escritas (legíveis ou impressas), validando se a pessoa idosa ou cuidador compreendeu as instruções.
- **Diagnóstico diferencial:** Antes de adicionar um novo medicamento, investigar se novos sintomas são, na verdade, efeitos colaterais de drogas já utilizadas.
- **Foco na pessoa:** Respeitar a autonomia, as preferências e as limitações socioeconômicas do paciente, priorizando medicamentos disponíveis no SUS para garantir a continuidade do tratamento.

A desprescrição é o ato deliberado de reduzir, substituir ou suspender fármacos quando os riscos superam os benefícios. Esse processo leva em conta a funcionalidade, a expectativa de vida e os valores do indivíduo. algumas ações práticas para descrever são:

- **Revisão crítica:** Identificar periodicamente medicamentos potencialmente inapropriados ou que perderam a indicação clínica.
- **Crterios de intervençao:** Avaliar a desprescriçao especialmente em quadros de polifarmacia, reações adversas ou quando os objetivos do cuidado mudam (como em doenças terminais ou demência avançada).
- **Avaliação de contexto:** Considerar o estado comportamental da pessoa idosa e a estrutura de apoio familiar.
- **Desmame gradual:** Iniciar a retirada pelas substâncias de maior risco. Quando feita de forma monitorada e progressiva, os sintomas de abstinência ou rebote são minimizados.
- **Monitoramento:** Acompanhar a resposta clínica após a retirada, observando se há retorno de sintomas ou impacto na doença de base.



### 7.3 CUIDADOS PALIATIVOS

A gestão do cuidado na atenção à pessoa idosa exige um olhar atento à oferta de Cuidados Paliativos, que devem ser compreendidos como uma estratégia contínua, e não restrita apenas aos momentos finais de vida. Para que sejam verdadeiramente eficazes, os cuidados paliativos precisam estar integrados a todos os níveis do sistema de saúde, com ênfase na Atenção Primária (APS) e no atendimento domiciliar. É fundamental que essas práticas sejam adaptadas ao contexto sociocultural e econômico de cada região, mantendo um vínculo estratégico com as ações de prevenção e tratamento precoce. Quando ofertada precocemente, essa assistência melhora significativamente a qualidade de vida do paciente, permitindo que ele e sua família desenvolvam mecanismos de adaptação mais saudáveis diante da gravidade do quadro clínico.

Um dos maiores desafios é a superação do estigma da passividade diante da terminalidade. Na realidade, o que ocorre é uma mudança fundamental no objetivo do cuidado: o foco passa a ser o controle rigoroso de sintomas e a promoção ativa do bem-estar e da dignidade. Essa perspectiva exige uma abordagem multidisciplinar que contemple as dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais da pessoa idosa, respeitando sempre a sua individualidade e história de vida.

As diretrizes paliativas deve, ser incorporadas ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) desde o princípio. Esse plano deve ser construído de forma colaborativa, envolvendo o paciente, seus familiares e cuidadores. Essa inclusão é vital, pois a rede de apoio também necessita de suporte especializado para lidar com o desgaste da deterioração clínica e a iminência da perda, garantindo que o cuidado seja humanizado para todos os envolvidos.



## 8. INDICADORES DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO

Nesta seção, apresentam-se alguns indicadores fundamentais que podem orientar a análise detalhada da situação da população idosa. O principal deles é o índice de envelhecimento da população, definido pela razão entre os componentes etários extremos, ou seja, o número de indivíduos com 60 anos ou mais de idade para cada 100 indivíduos menores de 15 anos de idade. Valores elevados desse índice indicam de forma clara que a transição demográfica da região encontra-se em um estágio avançado.

Para que se obtenha uma análise abrangente e precisa do território, é necessário considerar um conjunto de indicadores demográficos específicos. Entre eles, destacam-se o próprio índice de envelhecimento da população e a distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade. Também são contabilizados o total da população de 60 anos ou mais residente em um determinado espaço geográfico no ano considerado, o percentual de pessoas idosas de 85 anos ou mais em relação à população idosa total residente no local, e a proporção de domicílios com moradores idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) dentro do espaço geográfico avaliado.

O monitoramento de todos esses dados e resultados busca avaliar, prioritariamente, o índice de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social. O grande objetivo dessa consolidação é sintetizar o perfil epidemiológico e funcional do território para, dessa forma, direcionar ações de saúde específicas e integradas. Essas ações são voltadas tanto para a Atenção Primária à Saúde (APS) — a exemplo de iniciativas como as Vilas da Saúde — quanto para a Atenção Secundária, por meio dos serviços especializados de atendimento.

Complementando esse acompanhamento, destaca-se o Indicador de Cofinanciamento C6, focado no cuidado da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. Esse indicador tem como meta avaliar o acesso e o monitoramento efetivo do cuidado integral a essa população, incentivando a captação precoce e o acompanhamento coordenado e contínuo no âmbito da APS, conforme estabelecido em sua nota metodológica.

**Nota:** Para verificar o Indicador de Cofinanciamento acesse [NOTA METODOLÓGICA C6 - CUIDADO DA PESSOA IDOSA](#)



Por fim, no que diz respeito ao processo de trabalho, avalia-se a proporção de pessoas idosas com estratificação de risco devidamente realizada em relação ao número total de idosos cadastrados na APS. O objetivo central desse indicador de processo é medir o percentual exato da população idosa local que já passou pela avaliação e possui sua estratificação de vulnerabilidade consolidada, otimizando as estratégias de cuidado e prevenção.

CONSULTA PÚBLICA



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2023 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 71, n. 7, p. 2052-2081, jul. 2023.

BRIGGS, R. *et al.* **Comprehensive Geriatric Assessment**. [S. l.]: Springer, 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1994].

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2003]. (Atualizada pela Lei nº 14.423/2022).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_6ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_6ed.pdf). Acesso em: 27 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_cuidados\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf). Acesso em: 27 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado: Demência: Atenção Especializada: Diagnóstico Precoce**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/>. Acesso em: 27 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

CHOI, J. Functional Assessment and Multidimensionality in Geriatrics. *Journal of Geriatric Medicine*, [S. l.], 2023.

CONASS. **Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2023.



CRUZ-JENTOFT, Alfonso J. et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

GARRARDI, J. *et al. Avaliação Geriátrica Ampla: Prática e Teoria*. São Paulo: Editora Médica, 2020.

INCA. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2024.

JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes operacionais das Vilas da Saúde e Polos de Academia da Saúde**. Joinville: SES, 2026.

KATZ, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, [S. l.], 2006.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, [S. l.], 2006.

MARQUES, Luciana Moreno. Incontinência Urinária no Idoso. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). Programa de Educação Continuada. Rio de Janeiro: SBGG, dez. 2009 (Atualizado em fev. 2013). Disponível em: <<https://d1xe7tfg0uwul9.cloudfront.net/sbogg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/incontinencia-urinaria.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2026.

MORAES, E. N. **Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20)**: Guia Prático. Belo Horizonte: UFMG, 2026. Disponível em: <https://ivcf20.org>. Acesso em: 27 abr. 2026.

O'MAHONY, Denis et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *European Geriatric Medicine*, v. 14, n. 4, p. 625-632, ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretrizes da OMS sobre cuidados integrados para pessoas idosas (ICOPE)**. Genebra: OMS, 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20)**: orientações para profissionais da Atenção Primária à Saúde. 1. ed. Porto Alegre: SES/RS, 2023.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de Cuidado da Pessoa Idosa**. Florianópolis: SES/SC, [s.d.].

VERONESI, F. **Estratificação de Risco e Fragilidade**. Rio de Janeiro: Editora Saúde, 2022.



## ANEXOS

## Anexo A: Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional - IVCF-20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20)					
IDADE	1. Qual a sua idade:	( ) 60 a 74 anos (0)			
		( ) 85 a 84 anos (1)			
		( ) 85 anos ou mais (3)			
PERCEÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparado com outras pessoas de sua idade, você diria que sua idade é:	( ) Excelente, muito boa ou boa (0)			
		( ) Regular ou ruim (1)			
AVD Instrumental <i>A pontuação máxima deste item é de 4 pontos, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido sim para todas as questões.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ( ) Sim (4) ( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde (0)				
	4. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ( ) Sim (4) ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde (0)				
	5. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ( ) Sim (4) ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde (0)				
AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? ( ) Sim (6) ( ) Não (0)				
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que coê está ficando esquecido? ( ) Sim (1) ( ) Não (0)				
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ( ) Sim (1) ( ) Não (0)				
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim (2) ( ) Não (0)				
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ( ) Sim (2) ( ) Não (0)				
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ( ) Sim (2) ( ) Não (0)				
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ( ) Sim (1) ( ) Não (0)			
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ( ) Sim (1) ( ) Não (0)			
	Capacidade aeróbica e/ou muscular <i>A pontuação máxima deste item é de 2 pontos, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido sim para todas as questões.</i>	14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? ( ) Sim (2) ( ) Não (0) - Perda de peso não intencional de 4,5kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6kg nos últimos 6 meses ou 3kg no último mês ( ) - Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22kg/m <sup>2</sup> ( ) - Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31cm ( ) - Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ( )			
		Marcha			15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim (2) ( ) Não (0)
					16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ( ) Sim (2) ( ) Não (0)
Continência Esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ( ) Sim (2) ( ) Não (0)				
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lente de contato. ( ) Sim (2) ( ) Não (0)			
		Audição		19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ( ) Sim (2) ( ) Não (0)	
COMORBIDADE MÚLTIPLA <i>A pontuação máxima deste item é de 4 pontos, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido sim para todas as questões.</i>		20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? ( ) Sim (4) ( ) Não (0) - Cinco ou mais doenças crônicas - Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes todos os dias - Internação recente nos últimos 6 meses			
<b>INTERPRETAÇÃO DO ESCORE (Categoria de Risco):</b> 0 a 6 pontos: baixa vulnerabilidade clínico-funcional 7 a 14 pontos: moderada vulnerabilidade clínico-funcional 15 ou mais pontos: alta vulnerabilidade clínico-funcional					



**Anexo B: Escala de Katz**

**ESCALA DE KATZ**  
**Escala de atividades básicas de vida diária**

Nome: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_

Atividade	1 Ponto	0 Ponto	Total de pontos
Banho	Banha-se completamente sozinho ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo (costas, genitais, extremidades).	Necessita de auxílio para banhar-se em mais de uma área corporal. Necessita de auxílio para entrar e sair do chuveiro, ou requer assistência total no banho.	
Vestir-Se	Pega as roupas do armário e veste roupas íntimas, externas e cinto. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.	
Ir ao banheiro	Dirige – se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas. Limpa a área genital sem auxílio.	Necessita de ajuda para ir ao banheiro. Necessita de auxílio para limpar-se.	
Transferência	Senta-se, deita-se, levanta-se da cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	Necessita de auxílio para sentar-se, levantar-se de cadeira e ou cama.	
Continência	Tem completo controle sobre suas eliminações.	É parcial ou totalmente incontinente. Faz uso de dispositivos.	
Alimentação	Leva a comida do prato para a boca sem ajuda. A preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	Necessita de ajuda parcial ou total para a alimentação ou requer alimentação parenteral.	

Pontos:

6 - Independente

4 – Dependente moderado

2 ou menos – muito dependente



**Anexo C: Escala de Lawton Brody**

**Escala de Lawton e Brody**  
**Escala de atividades instrumentais de vida diária**

Nome: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_


Atividade	Avaliação	
O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
O(a) Sr(a) consegue lavar e passar a sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
O(a) Sr(a) consegue cuidar das finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
Total	_____ pontos	



**Anexo D: Mini Exame do Estado Mental (Mini MEEM)****Mini - Exame do Estado Mental**

Nome: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_\_

Dia da semana - 1 ponto	
Dia do mês - 1 ponto	
Mês - 1 ponto	
Ano - 1 ponto	
Hora, aproximada - 1 ponto	
Local específico (apartamento ou setor) - 1 ponto	
Instituição (residência, hospital, clínica) - 1 ponto	
Bairro ou rua próxima - 1 ponto	
Cidade - 1 ponto	
Estado - 1 ponto	
Fale 3 palavras não relacionadas e solicite a repetição imediata das mesmas: vaso / carro / tijolo - 1 ponto para cada resposta correta Depois repita as palavras e certifique que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente	
Solicitar a subtração de (100-7) 5 vezes sucessivamente (93/86/79/72/65) - 1 ponto para cada cálculo correto Alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente	
Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente - 1 ponto por palavra	
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>TOTAL</b>	

**Considera-se os seguintes valores para determinação de declínio cognitivo:****<17 para analfabetos, <22 para 1 a 4 anos de escolaridade, <24 para 5 a 8 anos de escolaridade e <26 para indivíduos com escolaridade igual ou superior a 9 anos.**

**Anexo E: Escala de Depressão Geriátrica****Escala de Depressão Geriátrica**

Nome: \_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_\_\_

O (a) Sr (a):

1 - Está satisfeito com a sua vida?	<b>SIM NÃO</b>
2 - Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	<b>SIM NÃO</b>
3 - Sente que a vida está vazia?	<b>SIM NÃO</b>
4 - Geralmente se sente aborrecido?	<b>SIM NÃO</b>
5 - Se sente animado a maior parte do tempo?	<b>SIM NÃO</b>
6 - Tem medo que algo de ruim possa lhe acontecer?	<b>SIM NÃO</b>
7 - Se sente feliz a maior parte do tempo?	<b>SIM NÃO</b>
8 - Sente que a sua situação não tem saída?	<b>SIM NÃO</b>
9 - Prefere ficar em casa do que sair e fazer novas coisas?	<b>SIM NÃO</b>
10 - Acha que tem mais problema de memória que a maioria?	<b>SIM NÃO</b>
11 - Acha bom estar vivo?	<b>SIM NÃO</b>
12 - Se sente inútil ou incapaz do modo que está agora?	<b>SIM NÃO</b>
13 - Se sente cheio de energia?	<b>SIM NÃO</b>
14 - Se sente desesperançoso?	<b>SIM NÃO</b>
15 - Acha que a maioria das pessoas é melhor que o senhor?	<b>SIM NÃO</b>
<p><b>Somar 1 ponto por resposta grifada:</b>  <b>0 a 5 pontos:</b> Normal  <b>6 a 10 pontos:</b> Possível depressão  <b>11 a 15 pontos:</b> Provável depressão</p>	



## Anexo F: Índice de Vulnerabilidade Sócio-familiar - IVSF 10

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF-10)				
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nas pessoas idosas incapazes de responder, utilize as respostas do cuidador.				
Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação	Comentários
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: ( ) Em ILPI (6) ( ) Sozinho (2) ( ) Com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)		Morar sozinho significa que a pessoa idosa é a única ocupante de seu domicílio. Excluem-se aqueles em cuja vizinhança imediata (andar abaixo, mesmo lote, etc.) vivam familiares.
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr(a) tem cônjuge ou companheiro? ( ) Sim (0) ( ) Não (2) ( ) Viuvez recente (4)		Paciente em casamento ou relação estável vigente, nos termos do art. 1723 da Lei 10.406 de janeiro de 2002 (adaptado): Art 1723 É reconhecida como entidade familiar a união estável entre duas pessoas, configurada na consciência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família. Viuvez recente: falecimento do companheiro ou cônjuge nos últimos 12 meses, desde que partindo de união estável ou convívio significativo. Importa salientar que pacientes com casamento vigente, mas há muito tempo vivendo separadamente do cônjuge não devem pontuar neste item.
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? ( ) Sim (0) ( ) Não (6)		É possível identificar alguém que esteja capacitado e disposto a auxiliar a pessoa idosa em suas atividades instrumentais e/ou básicas. Nas pessoas dependentes deve ser considerado a disponibilidade e a capacidade técnica do cuidador para realizar o cuidado necessário. A sobrecarga do cuidador também deve ser valorizada na pontuação.
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? ( ) Sim (0) ( ) Não (2)		A pessoa idosa convive com familiares e amigos regularmente (periodicidade subjetiva, frequência percebida como satisfatória pela própria pessoa), não sente falta dos amigos e/ou familiares ou não se sente abandonado.
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? ( ) Sim (2) ( ) Não (0)		Pessoas com deficiência física ou mental, pessoas idosas dependentes, etc, que demandam cuidados e que estão sob sua responsabilidade. Pessoas que causam desorganização em casa são, por exemplo, usuários de drogas lícitas ou ilícitas e/ou pessoas envolvidas com criminalidade.
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? ( ) Benefício previdenciário (0) ( ) Benefício assistencial (2) ( ) Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade (4) ( ) Ausência completa de acesso à renda (5)		Benefício previdenciário: renda advinda de salário, aposentadoria ou outra fonte de renda própria (aluguéis, dividendos, previdência privada, etc), que seja suficiente para sua subsistência. Benefício assistencial: renda proveniente de benefícios assistenciais, como Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-Brasil, etc, definidos pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que seja suficiente para sua subsistência.
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? ( ) Sim (0) ( ) Não (1)		A pessoa idosa é incapaz de ler de maneira funcional ou consegue ler/escrever de maneira limitada (seu próprio nome, o de parentes), mas incapaz de entender pequenos textos ou instruções (como uma prescrição médica) devem pontuar nesse item (ou seja, analfabetos absolutos ou funcionais).
	Condições de Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? ( ) Sim (0) ( ) Não (2)		A pessoa idosa é proprietária do imóvel em que reside ou de outro imóvel residencial, ainda que esteja locado.
	Participação social	9. A moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? ( ) Sim (0) ( ) Não (2)		Presença de baixas condições de saneamento (lixo a céu aberto, água sem tratamento e esgoto a céu aberto), relação morador/cômodo inadequada (igual ou maior que 1) ou percepção subjetiva do paciente ou acompanhante quanto às condições de higiene e organização do domicílio.
		10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou de rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? ( ) Sim (0) ( ) Não (1)		A pessoa idosa possui convívio na comunidade, seja em atividades religiosas, acadêmicas, encontros com amigos, com familiares, em projetos sociais, desde que extradomiciliar e com a participação de terceiros.
<b>INTERPRETAÇÃO DO SCORE (Categoria de Risco):</b> 0 a 4 pontos: baixa vulnerabilidade sociofamiliar 5 a 9 pontos: moderada vulnerabilidade sociofamiliar 10 ou mais pontos: alta vulnerabilidade sociofamiliar				

