



DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SUS: PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL

XXX CONGRESSO NACIONAL DE
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SUS: PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL

XXX CONGRESSO NACIONAL DE
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Maio, 2014

É permitida a reprodução total ou parcial dessa obra, desde que citada a fonte.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é do autor.

DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SUS:
PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL
XXX CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET
Coordenação Saúde da Pessoa Idosa / COSAPI
SAF SUL, Quadra 2, Lotes 5/6
Edifício Premium, Bloco 2, térreo – sala 14
CEP:70070-600 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/idoso
e-mail: idoso@saude.gov.br
Fones: (61) 33156226/9138

EDIÇÃO GERAL:

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos
Sueli Moreira Rodrigues

ORGANIZAÇÃO:

Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann
Maria Cristina de Arrochela Lobo

COLABORADORES:

Comitê Assessor da Coordenação Saúde da Pessoa Idosa:

Camila Ament G. dos Santos Franco
Edgar Nunes de Moraes
Eliana Márcia Fialho de Souza Bandeira
João Macedo Coelho Filho
Marco Polo Dias Freitas
Marília Cristina Prado Louvison
Yeda Duarte

Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa:

Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann
Maria Cristina de Arrochela Lobo
Carolina de Campos Carvalho

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS

Unidade Técnica de Família, Gênero e Curso de Vida:

Oscar Surriel
Karla Lisboa

Agradecemos a colaboração dos Departamento de Atenção Básica/SAS; Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS; Departamento de Assistência Farmacêutica/SCTIE

Fotos:

Programa Vida Saudável/Ministério do Esporte
Luís Oliveira/Sesai-MS

Projeto gráfico, diagramação e revisão:

All Type Assessoria Editorial Ltda



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	7
2. CONTEXTO	11
3. DIRETRIZES NACIONAIS.....	15
4. A POPULAÇÃO IDOSA E SUAS ESPECIFICIDADES – MUDANDO PARADIGMAS	19
5. ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA NO SUS, A PARTIR DO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL	25
5.1. ARTICULAÇÕES DOS DIFERENTES PROGRAMAS E PONTOS DE ATENÇÃO: INVESTINDO NA ATENÇÃO INTEGRAL.....	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39



DIRETRIZES PARA O CUIDADO
DAS PESSOAS IDOSAS NO
SUS: PROPOSTA DE MODELO
DE ATENÇÃO INTEGRAL



Este documento tem por objetivo fomentar discussões sobre as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS e propor um modelo de atenção integral que contribua na organização do cuidado ofertado pelos estados e municípios brasileiros. Dessa forma, foi estruturado a partir dos seguintes eixos:

Apresentação: Situa o modelo de atenção como prioridade da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa – COSAPI/DAET/SAS/MS e sua consonância com os marcos legais relacionados ao campo da saúde da população idosa.

Contexto: Caracteriza o processo de transição demográfica e epidemiológica da população brasileira e destaca os desafios para as políticas públicas. Apresenta as principais características da população idosa e um breve histórico das normativas que pautam o planejamento e definição de ações estratégicas para essa área no País.

Diretrizes Nacionais: Destaca os principais conceitos e orientações nacionais a serem considerados pelo conjunto de ações, serviços e programas, dirigidos a atenção integral à saúde das pessoas idosas, que refletem o modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS ora proposto.

A população idosa e suas especificidades – Mudando Paradigmas: Identifica as especificidades da população idosa que devem ser consideradas em todo o processo de produção de cuidado pelas equipes, serviços e ações de saúde.

Estratégias para organização da atenção à saúde da população idosa no SUS, a partir do Modelo de Atenção Integral: Destaca a importância e o potencial do trabalho em rede; Define como estratégia a integração com os diferentes pontos de atenção do SUS visando à produção do cuidado integral à pessoa idosa, adequado às suas necessidades; Identifica os pontos de atenção estratégicos na Atenção Básica, na Atenção Ambulatorial Especializada, na Atenção Hospitalar Especializada, na Urgência e na Emergência; Além das questões anteriores aponta ainda a importância da articulação intersetorial.

Considerações finais: Diante do acelerado processo de envelhecimento populacional e dos seus impactos, sistematiza as orientações norteadoras para organizar o cuidado da população idosa, por meio do acesso aos pontos de atenção, ordenados pela Atenção Básica, considerando suas especificidades.

1. APRESENTAÇÃO



A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS estabeleceu, dentre as suas prioridades para os anos de 2013/2014, a elaboração e divulgação da Proposta de Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, integrado às Redes de Atenção à Saúde, ordenado pela Atenção Básica, e articulado com áreas e programas estratégicos do Ministério da Saúde que apresentem interface com o campo de atuação.

Esse documento foi elaborado pela COSAPI em conjunto com seu Comitê Assessor, composto por gestores, acadêmicos e especialistas na área de saúde da pessoa idosa. Em setembro de 2013, durante o Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia, foi realizada uma Oficina tendo como tema o Modelo ora proposto. Posteriormente, em novembro de 2013, o documento foi apresentado no VIII Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa, composto por coordenadores estaduais e coordenadores municipais de capitais e municípios acima de 500 mil habitantes. Além disso, seu processo de construção contou com a participação das demais áreas do Ministério da Saúde.

Como etapa final de contribuição e validação, pensamos ser oportuna a divulgação e discussão da proposta do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, durante o Painel Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, previsto para o dia 3 de junho, às 17 horas, na sala 3. As contribuições e sugestões poderão ser encaminhadas para o *e-mail* idoso@saude.gov.br até o dia 20 de junho de 2014.

O objetivo desse documento consiste em subsidiar a discussão sobre a organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no âmbito do SUS, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer articulações e qualificar o cuidado com a população idosa. A articulação intersetorial também representa recurso importante para qualificar a atenção nos territórios, em especial com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

O Modelo proposto apresenta-se em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PT nº 2.528/2006) e com os marcos:

- Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842/1994, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa.
- Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003, em especial no que concerne ao Capítulo IV – Do Direito à Saúde.



- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022), em especial no que se refere à Estratégia 12, Eixo II, Promoção da Saúde.
- Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, (2011 -2015) em especial no seu Objetivo Estratégico 06: Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção.
- Recomendações do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa pelo fortalecimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e organização da atenção ofertada no SUS.
- Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, pelo fortalecimento e cumprimento dos direitos da Pessoa Idosa ao cuidado integral de sua saúde.
- Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8080/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
- Decreto nº 8.114 /2013, que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo.



2. CONTEXTO



O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o Censo IBGE de 2010, a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do País. A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. O aumento da expectativa de vida representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais.

A transição demográfica brasileira apresenta particularidades como 55,7% de mulheres entre as pessoas idosas. Se considerarmos a população mais idosa, com idade superior a 80 anos, o percentual de mulheres sobe para 61% do contingente de idosos. A distribuição por critério de cor ou raça demonstra que 55% da população idosa são da cor branca, 8,6% preta 35,2% parda. Outra característica importante é o crescimento da população dos mais idosos, sendo 10. 473 milhões (44,5%), com 70 anos ou mais, 5.623 milhões (23,9%) entre 65 e 69 anos e 7.440 milhões (31,6%) entre 60 e 64 anos. Destaca-se também o aumento do número de idosos centenários, hoje existem 24 mil idosos com 100 anos ou mais (IBGE/PNAD 2011).

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo País, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar. Associadas a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social.

Para orientar as ações setoriais e intersetoriais no campo do envelhecimento e saúde da pessoa idosa foram elaborados e publicados marcos legais e normativos. Exemplo importante é a Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa, definida como a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. Em 2003, com a publicação do Estatuto do Idoso, foram reafirmados os direitos das pessoas idosas, cabendo à Saúde garantir atenção integral a essa população, por intermédio do Sistema Único de Saúde.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações sobre o envelhecimento ativo como diretriz para a política de saúde baseada em três pilares básicos: saúde, participação e segurança. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão



envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

No campo específico da Saúde, em 1999 foi publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que reafirmou os princípios da Política Nacional do Idoso no âmbito do SUS. Para facilitar a operacionalização foram publicadas portarias que regulamentam o funcionamento das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, pautadas principalmente nos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portarias GM/MS nº 702/2002 e SAS/MS nº 249/2002, respectivamente). Tais propostas eram consonantes com as necessidades que se apresentavam naquele contexto. Assim, a composição das redes específicas para a população idosa estava centrada em Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais, como: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, focado em algumas localidades, na assistência ao portador de doença de Alzheimer.

Em 19 de outubro de 2006, foi publicada a Portaria nº 2.528, recomendando aos órgãos e entidades do Ministério da Saúde com ações relacionadas ao tema, que promovessem a elaboração ou readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades neles estabelecidos, propondo inclusive a revisão das Portarias nº 702 e 249, de 2002. Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na sua versão atualizada de 2006, estabelece como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, considerando a condição de funcionalidade, entendendo que a incapacidade funcional e as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento, embora reconheça que a prevalência de incapacidade aumente com a idade e que esse fator sozinho não prediz incapacidade.

Assim, a PNSPI estabelece como suas diretrizes: *Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.*

Embora as orientações previstas nessa Política continuem atuais e adequadas, ainda existem lacunas entre as ofertas das redes prioritárias de atenção e as da atenção básica e as demandas específicas dessa população. Esse desafio exigirá um esforço de mão du-



pla para ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, considerando as especificidades da população idosa nas redes existentes.

O Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos e Envelhecimento Ativo e Saudável, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2009), estabelece compromissos dos governos com a saúde da população idosa da América Latina e Caribe. Os Ministros da Saúde dessa região, inclusive do Brasil, definiram agenda de saúde para as Américas 2008-2017 e recomendaram que “a manutenção da funcionalidade dos idosos deve ser objeto de programas de saúde, especialmente dirigidos a esse grupo”, sendo prioritária a formação dos profissionais que trabalham com tecnologias próprias para atenção ao envelhecimento. Além disso, destacou-se que a combinação de subsídios econômicos, alimentação e intervenções de saúde possuem resultados positivos para a adesão dos idosos aos programas de saúde.

3. DIRETRIZES NACIONAIS



A organização e estruturação da atenção em Redes de Atenção à Saúde é uma diretriz do SUS orientada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que apresenta os fundamentos conceituais e operativos essenciais a esse processo de organização, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência. Outro marco organizativo é o Decreto nº 7.508, de 20 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Cabe destacar também a agenda estratégica do Ministério da Saúde para o período de 2011-2015, que contempla, no objetivo estratégico 6, o cuidado da população idosa com o seguinte texto: “garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção”.

Nesse contexto, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa define como uma de suas prioridades, a construção de uma proposta de Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de contribuir para a organização da atenção e ampliação do acesso qualificado da população idosa no âmbito do SUS. O Modelo apresentará as diretrizes e estratégias para potencializar ações e serviços dirigidos às pessoas idosas já desenvolvidas nos territórios, de forma que sejam reconhecidos e articulados diferentes pontos de atenção, compondo a rede de atenção às pessoas idosas, tendo a Atenção Básica como coordenadora dessa ação.

A atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença. A especificidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecer devem ser consideradas, a partir dos determinantes sociais da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, considerando ainda as diferenças de gênero e raça, buscando a equidade e resolutividade do cuidado a ser ofertado. Para isso, as especificidades e singularidades da população idosa com suas novas demandas de cuidado devem ser priorizadas na organização e oferta de serviços.

É necessário também incluir em todas as etapas de organização do cuidado a garantia do acesso, o acolhimento e cuidado humanizados da população idosa nos serviços de saúde do SUS, ou seja, não só exercitar a escuta, mas propiciar que esta se traduza em responsabilidade e resolutividade, o que leva ao acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares. O cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência (capacidade de execução), buscando a autonomia (capacidade de decisão) possível, do sujeito em questão.

Além do investimento na articulação setorial, a articulação intersetorial consiste em diretriz potente na busca de respostas às demandas da população idosa, em especial no



que se refere à Política de Assistência Social. Essa articulação visa ao estabelecimento de consensos, definição de responsabilidades compartilhadas para construção de projetos, com prioridade nos temas da atenção domiciliar, centro-dia, cuidadores de idosos, enfrentamento à violência e a qualificação do cuidado oferecido em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

A implantação do modelo deve ser pactuada entre as três esferas do SUS, com definição de objetivos e metas de curto, médio e longo prazo, investindo no desenvolvimento da capacidade de gestão para planejar, monitorar e avaliar o desempenho da atenção ofertada.

A organização do cuidado das pessoas idosas deve ser articulada em rede, no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas. A organização e o financiamento desse cuidado deverão ser pactuados nas Comissões Intergestores.

A estruturação de um sistema logístico que permita a articulação entre os diferentes pontos de atenção, garantindo o transporte sanitário, estruturando o fluxo dos usuários entre os diferentes pontos de atenção, tanto nas situações de urgências quanto no acompanhamento longitudinal.

A regulação deve articular todos os pontos de atenção, constituindo-se como estratégia para garantir equidade e otimizar a organização da oferta de atenção integral à população idosa. Para garantir a qualidade da atenção, é necessário assegurar recursos humanos suficientes e capacitados, reforçando a necessidade de investimento na formação profissional e educação permanente.

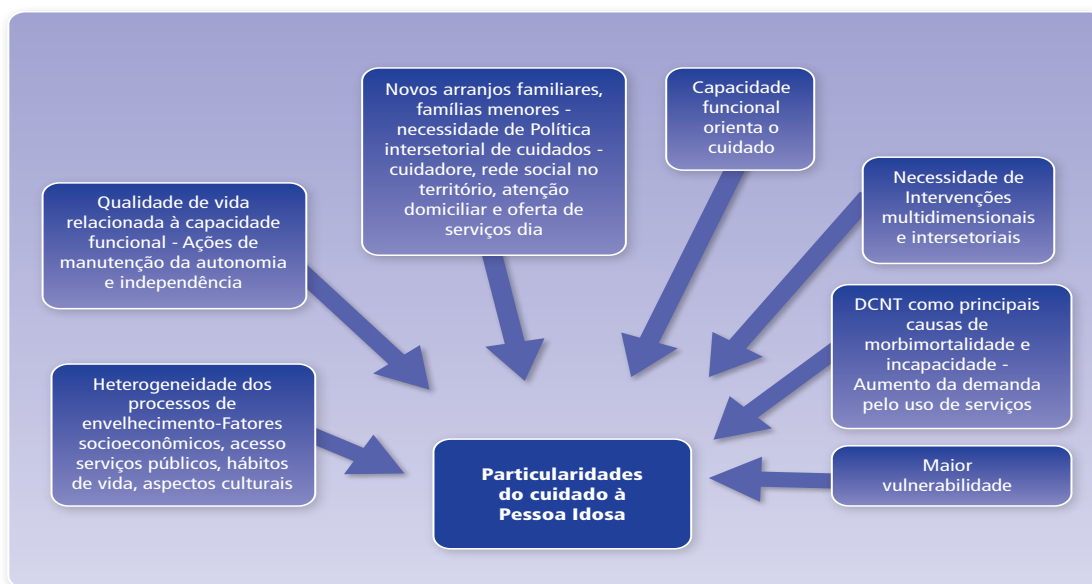
O respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas idosas, o combate ao estigma, à violência e ao preconceito, assim como a garantia da equidade de gênero e raça devem nortear toda a ação voltada à pessoa idosa. O modelo de atenção prevê também estímulos à participação dos usuários do SUS.



4. A POPULAÇÃO IDOSA E SUAS ESPECIFICIDADES – MUDANDO PARADIGMAS



A organização da atenção e da gestão no SUS ainda se caracteriza pela grande fragmentação de serviços e programas, de ações e de práticas clínicas que se expressam na incoerência entre as ofertas de serviços e as necessidades de atenção (MENDES, 2011). A atenção à pessoa idosa implica a construção de um novo paradigma das práticas de saúde, na medida em que demanda a ampliação do olhar em relação ao modelo biomédico vigente focado na doença e na cura. O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado. O quadro a seguir identifica as particularidades do Cuidado à Pessoa idosa:



Fonte: Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS/MS (2013)

Nesse novo paradigma, é fundamental identificar condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, em particular no que tange à capacidade funcional. A perda da funcionalidade contribui significativamente para o comprometimento da qualidade de vida da pessoa idosa, de seus familiares e cuidadores. Tanto que representa o condicionante mais importante de desfechos desfavoráveis na pessoa idosa, como hospitalização, institucionalização e morte, com grande impacto social e econômico.

Vários elementos clínicos, biológicos, sociais e culturais atuam, isolada ou sinergicamente, para a determinação da perda da funcionalidade. O declínio funcional da pessoa idosa é previsível, evitável e pode ser adiado, entretanto, o modelo atual de atenção não o reconhece como uma condição-problema. Estratégias que visam à pro-



moção, manutenção e recuperação da capacidade funcional têm sido demonstradas como custo-efetivas.

A avaliação global de saúde da pessoa idosa deve contemplar as dimensões social, clínica, mental e funcional, e contribuir na identificação do conjunto das necessidades do idoso, possibilitando a otimização da alocação de recursos e estratégias de cuidado. Ao mesmo tempo, deve ampliar a compreensão do processo de envelhecimento permitindo a identificação e classificação de riscos e finalmente a elaboração de Projeto Terapêutico Singular.

O declínio funcional do idoso ocorre frequentemente em um contexto de múltiplos e complexos problemas de saúde, que se traduzem em síndromes geriátricas, tais como: instabilidade postural, insuficiência cognitiva, imobilidade, incontinência e iatrogenia, que requerem conhecimentos à luz dos fundamentos da gerontologia, habilidades e atitudes dos profissionais da saúde, bem como ações específicas não contempladas pelas redes existentes.

A pessoa idosa apresenta profundas particularidades biopsicossociais que a diferenciam da população adulta, até mesmo dentro da faixa etária há heterogeneidade no processo de envelhecimento. Nesse sentido, destaca-se a importância da estratificação de risco, requisito fundamental para a estruturação de uma rede. De um lado, por exemplo, temos a pessoa idosa que é capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, mesmo apresentando alguma situação crônica de saúde, mas que não se associa, necessariamente, a maior vulnerabilidade. Enquanto este grupo representa em torno de 70% das pessoas idosas, cerca de 30% são consideradas frágeis ou em risco de fragilidade, apresentando maior vulnerabilidade caracterizada por dependência funcional, incapacidades ou condições de saúde preditoras de desfechos adversos, necessitando de acesso e cuidado qualificado no SUS.

As ações e intervenções oferecidas às pessoas idosas frágeis baseadas simplesmente na abordagem da doença são potencialmente perigosas, sendo responsáveis pela alta prevalência de iatrogenia, considerada uma das principais síndromes geriátricas. A “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais” resulta no uso mais intensivo e prolongado dos serviços de saúde, exigindo adequação das redes de atenção à saúde para responder às necessidades emergentes.

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgâ-



nicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social.

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, apresentou os seguintes dados sobre condições crônicas entre a população idosa: 68,7% apresentavam pelo menos uma doença ou agravamento não transmissível, sendo que 53,3% apresentavam hipertensão; 24,2% artrite; 17,3% doenças do coração; 16,1% diabetes e 12% depressão. Além disso, cerca de 1/5 das pessoas idosas (22%) apresentavam duas doenças e/ou agravamentos crônicos e 13% apresentavam três ou mais.

Sobre a prevalência de idosos com alguma limitação funcional, a pesquisa registrou seu aumento por faixa etária, sendo que entre 60 a 69 anos apresentou 28%; 70 a 79 anos correspondem a 42,5%; e entre a população mais idosa, com 80 anos ou mais, a prevalência da limitação funcional sobe para 64,3% dos idosos. Para a construção do indicador de limitação funcional foram considerados os critérios Atividades de Vida Diária (AVD) e três indicadores de mobilidade.

Segundo dado dessa pesquisa, é possível identificar o percentual da população idosa sem limitação funcional. Na faixa etária de 60 a 69 anos, 72% dos idosos são independentes funcionais, reduzindo para 57,5% na faixa etária de 70 a 79 anos e com expressivo declínio da capacidade funcional entre os mais idosos, totalizando 35,7% na faixa etária de 80 anos e mais. Esses dados reforçam a necessidade de ampliação de ações de promoção de saúde dirigidas à população idosa e à população em geral, pois além de reforçar os hábitos saudáveis de vida reafirma-se também o entendimento do envelhecimento enquanto processo.

O IBGE identificou, no Censo Demográfico de 2010, o percentual de pessoas com deficiência – visual, auditiva, motora, mental ou intelectual – e observou que 67,73% encontravam-se no grupo etário de 65 anos ou mais. A deficiência visual foi a de maior prevalência neste grupo etário (49,8%), seguido pela deficiência motora (38,3%), deficiência auditiva (25,6%) e a deficiência mental ou intelectual (2,9%). A partir do dado desagregado por grupo etário observou-se, entre as pessoas de 60 a 64 anos, a prevalência de pelo menos uma deficiência (54,19%). O declínio funcional progressivo associado aos expressivos graus de dependência e alta prevalência de doenças crônicas é responsável pelas numerosas demandas assistenciais e pela necessidade de cuidados prolongados. Sobre a utilização de serviços de saúde, 73% da população idosa é usuária do SUS, 51% têm domicílio cadastrado na ESF e 53% utiliza posto ou centro de saúde como primeiro local de atendimento.



No entanto, é importante sinalizar que o envelhecimento não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas de maior vulnerabilidade, requerendo cuidados que considerem as especificidades da população que envelhece. O processo de envelhecimento é natural, irreversível e individual, marcado pela heterogeneidade entre os idosos, em função de suas características sociais, pessoais, econômicas e culturais que foram estruturando ao longo da vida. Nessa perspectiva, a OMS considera como determinantes do envelhecimento ativo a situação econômica e social, as condições de saúde, o comportamento em saúde, o ambiente físico e a provisão de serviços de saúde.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, no item 3.2 (atenção integral e integrada à Saúde da Pessoa Idosa), reforça a importância de implementar a avaliação funcional individual e coletiva. Nesse sentido, considera três categorias de pessoas idosas: 1) o idoso independente, aquele capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária; 2) os indivíduos idosos com potencial para desenvolver fragilidade, que são independentes, mas apresentam algumas dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e merecem atenção específica pelas equipes de saúde com acompanhamento mais frequente; 3) os idosos frágeis ou em situação de fragilidade, que são os que vivem em ILPIs, acamados, estiveram hospitalizados recentemente por qualquer razão, apresentam doenças causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros. Estes se encontram com pelo menos uma incapacidade funcional básica ou vivem em situação de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece como frágeis os idosos com 75 anos ou mais, sendo que outros critérios poderão ser acrescidos de acordo com as realidades locais.

Assim, ficam estabelecidos dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento das fragilidades da pessoa idosa, família, cuidadores e sistemas de saúde; promoção da saúde e da integração social, em todos os pontos de atenção.

A funcionalidade global é base do conceito de saúde da pessoa idosa, definida como a capacidade de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo. O declínio funcional refere-se à perda da autonomia ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo (MORAES, 2012). A identificação da fragilidade/estratificação (idoso independente e autônomo; idoso em risco de fragilização; e idoso frágil) é fundamental para o planejamento das ações em saúde, definição de metas terapêuticas e priorização do cuidado.

Como então identificar a fragilidade da pessoa idosa? Uma estratégia fundamental é lançar mão da avaliação multidimensional, que reconhece e ajuda no planejamento do cuidado, em especial ao idoso frágil, sendo necessariamente realizada por equipe interdisciplinar.



Algumas iniciativas integradas são importantes para se conhecer as vulnerabilidades desse grupo populacional, como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o Caderno de Atenção básica sobre envelhecimento e a capacitação dos profissionais. A caderneta, em sua versão revisada de 2014, permite identificar situações de risco para a saúde das pessoas idosas, informações sobre a sua condição de saúde, suporte familiar e social, fornecendo subsídios técnicos que ajudarão na qualificação da prática diária das equipes de saúde, em especial dos profissionais da atenção básica.

5. ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA NO SUS, A PARTIR DO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL



O SUS adotou a organização em Redes de Atenção à Saúde como estratégia para responder aos problemas vivenciados na gestão do sistema, como a fragmentação do sistema de saúde, a concorrência entre os serviços, o uso inadequado de recursos com elevação dos custos, a falta de seguimento horizontal dos usuários, o aumento da prevalência das doenças crônicas e a necessidade de monitoramento e avaliação. Nesse contexto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar, de base territorial, tendo como atributos: a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída por equipe multidisciplinar que cubra toda a população, integrando e coordenando o cuidado para atender às necessidades de saúde, conforme apregoa a Portaria 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS.

A utilização dos pontos de atenção das RAS, a partir da orientação e organização do cuidado proposto pelo modelo de atenção à saúde da pessoa idosa, teve como motivações:

- Estreitar e aperfeiçoar a articulação entre as equipes da atenção básica e as equipes dos demais componentes da RAS, para garantir maior resolutividade dos cuidados prestados à população idosa nos territórios e acompanhamento sistemáticos dos casos mais complexos.
- Buscar melhores resultados sanitários nas condições crônicas, diminuição das referências para especialistas e hospitais, aumento da eficiência dos sistemas de saúde, produção de serviços mais custo-efetivos e melhorias na satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde.
- Ampliar e qualificar o acesso da pessoa idosa ao SUS, a partir das suas especificidades.

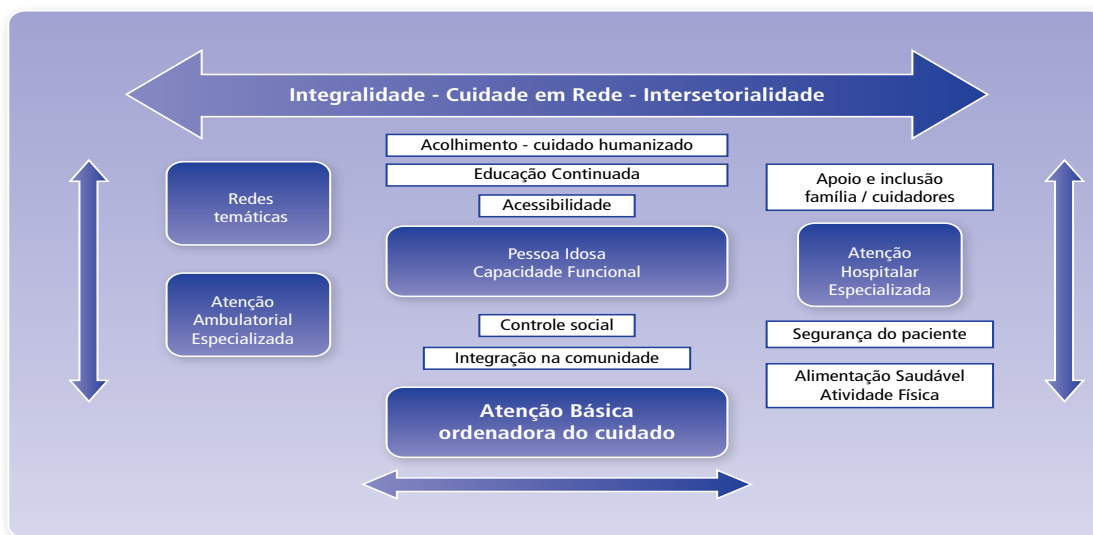
A Atenção Básica de Saúde, primeiro nível de atenção, deve atuar como porta de entrada do sistema, com ampla cobertura populacional e equipe multidisciplinar, devendo cumprir o papel de ordenadora da atenção, integrando e coordenando o cuidado, atendendo às necessidades de saúde no âmbito de sua atuação e garantindo o acesso qualificado aos demais serviços de saúde.

O modelo de atenção considera, além dos pontos de atenção da Atenção Básica, os da Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Especializada Hospitalar e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Esses pontos de atenção, a partir de suas densidades tecnológicas, prestam serviços de promoção, prevenção, apoio diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, devendo atuar de forma articulada e



integrada. O modelo requer pensar, portanto, em novos arranjos intra e intersetoriais, visando responder aos novos desafios que o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira nos impõe. E implica a articulação em rede conforme quadro a seguir:

Componentes do Modelo de Atenção a Saúde Integral da Pessoa Idosa no SUS



Fonte: Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS/MS 2013

Para implementar esse modelo e buscar responder às demandas de saúde das pessoas idosas, posteriormente serão propostas linhas de cuidado, considerando a condição funcional, de forma que se articulem respostas macro e micro institucionais, ordenando o processo de trabalho em saúde, demandas de organização do sistema de saúde e suas interfaces, e também para que se equacione o caminhar do usuário na Linha de Cuidado, de forma que estas respondam às necessidades dos usuários.

5.1. ARTICULAÇÕES DOS DIFERENTES PROGRAMAS E PONTOS DE ATENÇÃO: INVESTINDO NA ATENÇÃO INTEGRAL

A Atenção Básica (AB) desempenha um importante papel na estruturação da atenção à saúde no SUS como ordenadora e coordenadora do cuidado, visando garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, além de contribuir para a organização dos pontos de atenção, com ampliação do acesso e qualificação do cuidado. A Atenção Básica é a porta de entrada prioritária dos usuários do SUS.



A pessoa idosa sempre estará vinculada à atenção básica, independentemente de ser assistida em outro ponto de atenção, sendo a AB responsável pelo acompanhamento do caso, de forma articulada e integrada aos outros pontos de atenção.

As UBS, compostas por equipes multiprofissionais, são responsáveis por ações de saúde individual e coletivas. No elenco de atividades e prioridades das equipes das UBS, encontram-se a identificação e o registro das condições de saúde da população idosa, com destaque para a população idosa frágil ou em processo de fragilização, no território. O cuidado da pessoa idosa inicia-se com a corresponsabilidade entre profissionais da atenção básica e dos profissionais que atuam nos demais pontos de atenção dos diferentes componentes, possibilitando as articulações necessárias para potencializar as ações desenvolvidas pela Rede de Atenção à Saúde.

No elenco de ofertas, destaca-se a importância de ações e serviços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde, por meio da ampliação da cobertura vacinal, orientações sobre alimentação e nutrição, práticas de atividades físicas, orientação sobre prevenção e acompanhamento de vítimas de violência, prevenção de quedas, higiene e saúde bucal, autocuidado, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, orientação e acompanhamento das doenças crônicas, do sofrimento mental, decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, dirigidas não só a pessoa idosa, mas também aos seus familiares e cuidadores, e fundamentalmente na assistência às condições clínicas mais comuns que adoecem o idoso.

O MS apresenta algumas estratégias, dirigidas aos profissionais de saúde e em especial aos da atenção básica, como a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa, a ampla divulgação e distribuição do Caderno de Atenção Básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa e o investimento em diferentes formas de capacitação que objetivam instrumentalizar as equipes para ampliar e qualificar o acesso da pessoa idosa na atenção básica. Além disso, uma função fundamental nessa ampliação e qualificação do acesso é a identificação das pessoas idosas no território, mapeando os idosos mais vulneráveis, de forma a atender suas necessidades de saúde, além de acompanhar a evolução das condições de saúde com ênfase na funcionalidade e monitorar o seguimento na rede.

A atuação integrada, desenvolvida pelas equipes multiprofissionais, que constituem os NASFs, com as equipes de Saúde da Família (ESF), com as equipes de atenção básica para populações específicas e com o programa Academia da Saúde, além das equipes dos demais níveis de atenção, permite realizar discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as



intervenções no território. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Para a qualificação da atenção à população idosa, é importante a inclusão de determinados temas no escopo de atuação das referidas equipes, tais como: prevenção da violência, prevenção de quedas, alimentação e nutrição, saúde bucal, identificação de condições e doenças crônicas, transtornos mentais decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, questões medicamentosas (como polifarmácia e interações). Esses temas são determinantes na definição das condições de saúde da população idosa e na elaboração do planejamento do cuidado.

As Academias da Saúde constituem espaços de promoção da saúde com a realização de atividades físicas, práticas corporais, artísticas, informações sobre segurança alimentar e nutricional, com impacto positivo na autonomia e mobilização da população adscrita. Configuram-se como espaços privilegiados para a inclusão da população idosa. Nesse sentido, o programa precisa levar em consideração as especificidades desse grupo populacional, seus interesses, bem como suas limitações corporais, cognitivas ou de outra natureza, ao realizar a planificação de suas atividades. É muito importante, assim, que as secretarias estaduais e municipais ofereçam espaços de convivência intergeracional; invistam em ações que atendam algumas necessidades específicas da população idosa como fortalecimento muscular, equilíbrio e marcha; orientações sobre alimentação saudável, saúde bucal e autocuidado.

A prática de uma alimentação saudável é importante em todas as fases da vida. No entanto, após os 60 anos, as alterações fisiológicas exercem grande influência sobre o estado nutricional. A população idosa é propensa a alterações nutricionais devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas, psicológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, e alterações da mobilidade com dependência funcional. Nesse contexto, a inserção de temas como disfagia e desnutrição nas ações de promoção e prevenção da saúde é fundamental (SBGG, 2011).

O levantamento e registro de informações estratégicas sobre a situação de saúde das pessoas idosas no sistema de informação da Atenção Básica, como por exemplo, no e-SUS, é fundamental para o conhecimento do perfil da população idosa adscrita, pois possibilita a identificação daquelas que apresentam maior vulnerabilidade, viabilizando, dessa forma, que o acompanhamento e o provimento da complementaridade do cuidado sejam articulados aos demais componentes da RAS, em especial dos idosos identificados como frágeis ou em risco de fragilidade.



Cabe destacar também o Programa Melhor em Casa, voltado para pessoas com necessidade de reabilitação motora, pessoas idosas, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, tem como oferta a assistência multiprofissional e humanizada nos domicílios, com cuidados mais próximos da família. O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta. Outros profissionais como fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e farmacêuticos também poderão compor as equipes de apoio.

O Melhor em Casa é executado em parceria com estados e municípios, encontra-se articulado com as Redes de Atenção à Saúde (Saúde Mais Perto de Você e Saúde Toda Hora), ampliando o cuidado na Atenção Básica, na urgência e emergência no SUS. As equipes do Melhor em Casa atuam de maneira integrada com os serviços da Atenção Básica, Unidades com Salas de Estabilização, UPAs, SAMU 192 e com as unidades hospitalares.

Os dados de 2012 sobre os usuários do Programa mostram que 68,9% são pessoas idosas. Os idosos mais idosos, acima de 80 anos, correspondem a 31,1% de todos os pacientes atendidos. Logo, as estatísticas apontam para a necessidade de ampliar a articulação entre o Programa Melhor em Casa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com impacto na atenção das três esferas de gestão do SUS.

Além da qualificação e organização da Atenção Básica como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, também é importante organizar pontos de atenção ambulatorial e hospitalar especializados. Como preconizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, “o processo de estruturação de redes de atenção à saúde no SUS pressupõe a organização dos serviços de atenção especializada, de urgência e emergência e de apoio diagnóstico e terapêutico, em lógica regional, respeitando-se os princípios de qualidade, acesso e economia de escala” (OPAS, 2010, p.68). Esses serviços devem ser complementares e estar integrados à AB, de forma a garantir um cuidado integral, articulado e adequado às necessidades da população, sobrelevando a atenção fragmentada que ainda predomina.

A superação da atuação fragmentada e isolada não significa ignorar as especificidades de cada grupo populacional. Ao contrário, visa coordenar o cuidado, otimizar os processos e garantir a integralidade dos serviços de saúde. Alguns estudos como o de Bernabei *et al.* (1998), realizado com idosos frágeis, constataram que a atenção integrada levou a menos internações hospitalares, menos consultas na atenção primária à saúde, melhor capacidade funcional dessas pessoas e a um sistema mais custo/efetivo” (apud MENDES, 2011, p.70).



Como vimos anteriormente, a população idosa apresenta características peculiares que devem ser contempladas pelos serviços de saúde, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado e com ênfase na pessoa idosa frágil, articuladas com os demais pontos de atenção da RAS. Tal proposta justifica-se no sentido de que uma grande parcela dos idosos necessita de conhecimento especializado, intervenções e métodos de investigação específicos cujos níveis de complexidade estão fora do escopo das equipes da Atenção Básica como, por exemplo: avaliação neuropsicológica; reabilitação cognitiva; reabilitação física; reabilitação fonoaudiológica; investigação de disfagia no idoso; diagnóstico diferencial de síndromes complexas, como síncope, quedas e demência; manejo de fármacos especiais; entre outros.

Nos pontos de atenção especializada, os seguintes aspectos devem ser observados para que se cumpram os pressupostos da RAS: planejamento a partir das necessidades de saúde da população idosa no território; comunicação, regulação e coordenação do cuidado com a ABS; equipe multiprofissional; uso articulado de linhas-guia e protocolos clínicos; integração de prontuários e informações; utilização de tecnologias de gestão da clínica, com estratificação de riscos; entre outros.

Os pontos de atenção ambulatorial especializada, pontos secundários das Redes de Atenção à Saúde, apresentam grande importância nessa rede articulada de ações e serviços. Historicamente, a assistência ambulatorial de média complexidade possui alguns problemas recorrentes, a exemplo da “ausência de planejamento, não observação das necessidades/perfil da população, acesso baseado na oferta de serviços; incorporação tecnológica acrítica, serviços com baixa resolubilidade, baixos investimentos em qualificação profissional, insuficiência dos parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes e baixa regulação da oferta existente pela gestão pública” (OPAS, 2010, p.65).

No entanto, a articulação em rede é um fator estruturante para a superação desses obstáculos. No tocante à saúde da pessoa idosa, algumas estratégias ganham destaque, tais como: a conformação de equipes multiprofissionais com formação em saúde da pessoa idosa; a educação permanente e capacitação de profissionais e cuidadores; a atenção aos idosos em contextos de fragilidade, etc. Mendes destaca, por exemplo, que “os atendimentos contínuos de idosos frágeis devem ter como foco a avaliação e monitoramento da capacidade funcional, a avaliação e monitoramento dos medicamentos, a redução dos riscos de queda e o monitoramento do autocuidado e do trabalho dos cuidadores e da família” (MENDES, 2011, p.217).

Nesse cenário, destaca-se a importância de alguns pontos de atenção ambulatorial especializada integrar a rede de cuidados às pessoas idosas, em especial as frágeis ou em risco de fragilização.



Podemos citar os Centros de Especialidades Odontológicas que, segundo a Portaria GM nº 599/2006, são estabelecimentos de saúde classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os CEOs foram estruturados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: I – diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; II – periodontia especializada; III – cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; IV – endodontia; e V – atendimento a portadores de necessidades especiais. A porta de entrada para os esses centros é a Atenção Básica, e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, o encaminhamento dos casos mais complexos é realizado pelas equipes de saúde bucal. Além dos CEOs, destaca-se a importância da implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas.

É importante salientar que pesquisas demonstram que as condições de saúde bucal das pessoas idosas podem comprometer sua qualidade de vida e acarretar outros problemas de saúde, uma vez que essa população está mais propensa ao edentulismo e à necessidade de próteses (MOREIRA et al, 2005; ROCHA, MIRANDA, 2013). Ao lado do câncer de boca, a ausência de dentes é um dos mais graves problemas da saúde bucal no Brasil, e hoje afeta cerca de 75% dos idosos. Por conseguinte, os profissionais das equipes de saúde bucal deverão realizar ações de promoção da saúde e orientações à pessoa idosa, à família e ao cuidador quanto a cuidados de higiene bucal e prótese dentária, como forma de prevenção dos agravos relacionados com a saúde bucal.

Cabe destaque também os Centros Especializados em Reabilitação (CER), pontos de atenção ambulatorial especializada que realizam diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, servindo de referência para a rede de atenção à saúde no território. O CER é organizado de acordo com o número de modalidades de reabilitação de que dispõe que podem ser: Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e às Múltiplas Deficiências, as quais são acrescentadas os módulos de apoios, sendo que cada módulo possui os ambientes de acordo com as necessidades específicas.

O CER integra a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, que também investe na ampliação da oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) e medidas preventivas de perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função. Considerando que 67,73% das pessoas com mais de 65 anos apresentam ao menos uma deficiência, a articulação entre os profissionais de saúde da pessoa idosa e da rede de cuidados às pessoas com deficiência é muito importante para a garantia de ações que incluam as especificidades da população idosa nessa Rede.



A acessibilidade, funcionalidade e segurança são temas que remetam a uma maior aproximação entre equipes e serviços da atenção básica e a atenção especializada, em especial as equipes das CER.

No campo da saúde mental destacam-se os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, pontos de atenção compostos por equipe multiprofissional que visa oferecer atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimento à família, bem como ações envolvendo a comunidades, promovendo a inserção familiar e social.

Dentre as modalidades de CAPS com potencial para atender a população idosa, destaca-se: CAPS I, II, III e CAPS Álcool e outras Drogas – AD II e III, que seguem os parâmetros populacionais conforme a Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Frise-se que os CAPS III e CAPS III AD ofertam acolhimentos noturnos para os casos nos quais o usuário demande seu afastamento de situações conflituosas e situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais – incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas.

A articulação dos profissionais dos CAPS como os profissionais da AB, em especial por meio do NASF com profissionais que tenham formação em saúde da pessoa idosa e processo de envelhecimento, e com os profissionais de serviços especializados é fundamental para a discussão dos casos de maior complexidade.

Estados e municípios constituem suas redes locais de atenção à população idosa considerando os serviços e programas disponíveis nos seus territórios como, por exemplo, os centros de referência, cadastrados no SUS desde a sua criação, ocorrida no ano de 2002, pela Portaria MS/SAS nº 249. No entanto, em função das atuais orientações e normativas, a reformulação desses serviços se faz necessária, de forma que se constituam enquanto serviços de atenção secundária, referenciados e regulados, de abrangência regional, articulado em rede, que se destinem a realizar ações de educação continuada (formação, atualização, etc), nos temas da geriatria e gerontologia, assistência e gestão para a saúde da pessoa idosa, realizando intervenções e métodos de investigação cuja complexidade está fora do escopo da Atenção Básica, como as ações de avaliação neuropsicológica; reabilitação cognitiva; reabilitação física; reabilitação fonoaudiológica; investigação de disfagia no idoso; diagnóstico diferencial de síndromes complexas, como síncope, quedas e demência; manejo de fármacos especiais, dentre outros, conforme apontado anteriormente.



Além dos pontos de atenção ambulatorial especializada, é muito importante que o hospital seja considerado um componente das redes, e esteja articulado com os demais pontos de atenção à saúde. De acordo com Mendes, a principal função do hospital inserido nas RAS seria “responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências” (MENDES, 2011, p.108). A melhoria da Atenção Básica de Saúde, portanto, é essencial para reduzir a agudização das doenças crônicas e as internações desnecessárias e/ou não programadas.

Vale ressaltar que ao serem definidas as linhas de cuidado, qualifica-se a demanda aos serviços especializados. Nesse sentido, os pontos de atenção hospitalar especializada deverão integrar a rede de cuidados às pessoas idosas, em especial as frágeis ou em risco de fragilização, a partir da oferta de acolhimento, estratificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência. Em virtude da alta prevalência de internações de idosos em situação de vulnerabilidade clínica e social, é essencial qualificar o acolhimento na Rede Hospitalar e na urgência e emergência, investindo na acessibilidade e em ações de autocuidado, promoção da independência funcional e autonomia, segurança do paciente além do apoio a cuidadores e familiares.

As ações intersetoriais apresentam destaque entre as diretrizes da Política Nacional de Saúde da População Idosa, que reforça que o processo de envelhecer deve ser acompanhado de qualidade de vida, o idoso deve manter uma vida ativa, e com o menor grau de dependência funcional possível, o que exige investimento na promoção da saúde em todas as idades. Existem idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, acometidos por acidentes de trabalho, amputados por arteriopatias, hemiplégicos, com síndromes demenciais e acamados. Cabe também incluir os idosos institucionalizados, os que sofrem violências e abusos, os idosos que perderam os seus vínculos familiares/afetivos e demandam cuidados cotidianos, os dependentes que moram com seus familiares que precisam sair de casa para trabalhar e contribuir para a renda familiar.

Considerando a diversidade da população idosa e de suas necessidades, as articulações de diferentes políticas setoriais, de forma que sejam realizadas ofertas específicas de cuidado, contribuirão para uma atenção integral, ou seja, a organização do cuidado intersetorial para essa população visa garantir a integralidade da atenção à sua saúde, potencializar a rede de solidariedade no território, evitar duplicidade de ações e corrigir distorções. Essa atuação intersetorial requer compartilhamento de responsabilidades com outros setores, e no que se refere à população idosa, serão priorizadas as políticas de Assistência Social e Direitos Humanos.



A Política de Assistência Social vivencia um importante momento de qualificação e fortalecimento da gestão com a aprovação da NOB-SUAS. Esta norma operacional organiza o modelo de Proteção Social e define os princípios e diretrizes da descentralização da Gestão e execução dos serviços, programas, projetos e benefícios, sendo a oferta de serviços organizada por nível de complexidade.

Nesse contexto, cabe destacar que os Serviços de Acolhimento Institucional têm como unidades destinadas ao cuidado de idosos as Casas-Lar e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de abrangência municipal e regional. Os objetivos específicos dessa modalidade consistem em incentivar o desenvolvimento do protagonismo e de capacidades para a realização de atividades da vida diária, desenvolver condições para a independência e o autocuidado, promover o acesso à renda, e promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência.

No campo dos direitos humanos destaca-se a importância da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), na elaboração, implementação e acompanhamento de políticas públicas voltadas para a população idosa. Seus planos e programas se referem à produção e disseminação de conhecimento sobre os direitos da pessoa idosa, apoio a órgãos colegiados estaduais e municipais de Direitos Humanos, compromisso pelo Envelhecimento Ativo, regulamentação do Fundo Nacional do Idoso, entre outros. O Decreto Presidencial nº 8.114/2013, de 30 de setembro de 2013, estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo tem como objetivo articular esforços da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios em colaboração com a Sociedade Civil, para valorização e defesa dos direitos da pessoa idosa.

Eixos:

- I) emancipação e protagonismo;
- II) promoção e defesa de direitos;
- III) informação e formação.

A agenda atual tem como foco a sistematização das ações dos 17 ministérios participantes e a assinatura de Termo de Adesão pelos governadores e prefeitos das capitais brasileiras.

Um tema de grande importância no trabalho intersetorial é a prevenção da violência contra a pessoa idosa. Através da articulação de setores essenciais como a Secretaria Especial de Direitos Humanos/PR, o Conselho Nacional de Direitos do Idoso (CNDI) e



a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, é possível a troca de informações, além da formação de políticas públicas para implantação e implementação de projetos que contribuam para a integralidade da atenção, defesa, proteção e garantia dos direitos da pessoa idosa em situação de violência. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra Pessoa Idosa, o Disque 100 – Módulo Idoso, o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa, são importantes exemplos de ações de combate à violência contra a pessoa idosa.

A criação de espaços intersetoriais nos âmbitos dos territórios é de grande relevância para o avanço da garantia dos direitos e da atenção integral às pessoas idosas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS



O crescente processo de envelhecimento da população brasileira e as consequentes mudanças no perfil demográfico e epidemiológico produzem, conforme demonstrado, demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a Sociedade, implicando em novas formas de cuidado sistematizado, contínuo e articulado em rede.

O trabalho em rede, proposto pelo modelo de atenção, considera a atenção básica como ordenadora do cuidado, visa garantir o cuidado contínuo da pessoa idosa no SUS, favorece o fortalecimento da articulação entre os diferentes pontos de atenção, o vínculo entre as pessoas idosas e os profissionais da atenção básica e os pontos de referência da rede como um todo. O modelo será complementado com as linhas de cuidado específicas.

O apoio matricial se apresenta como fundamental na estruturação do processo de trabalho das equipes de atenção especializada. É especialmente indispensável sua articulação com os profissionais da atenção básica para a discussão dos casos, para o atendimento conjunto, e para discussões temáticas pontuais que podem acontecer tanto de forma presencial quanto à distância, lançando mão de diferentes instrumentais como, por exemplo, o TELESÁUDE Brasil Redes.

Nesse contexto, visando o cuidado integral, é necessário que a articulação intra e inter-setorial ocorram concomitantemente uma vez que os novos desafios se apresentam às diferentes políticas sociais, em especial à saúde, à assistência social, à previdência social e aos direitos humanos. Além dos pontos destacados, é relevante a ampla discussão junto aos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, sobre a operacionalização do cuidado qualificado às pessoas idosas nos territórios, por meio de Grupos e/ou Comitês Gestores, com vistas a pactuações necessárias para a inclusão do tema nas agendas estratégicas do SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



BRASIL. Política Nacional da Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

_____. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

_____. Senado. Projeto de Lei nº 284, de 25 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

_____. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006.

_____. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso, 2003.

_____. Portaria nº 249, de 16 de abril de 2002.

_____. Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002.

_____. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999.

_____. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

IBGE: Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2011.



_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2008.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** *Interface (Botucatu)*, Set 2010, vol.14, no.34, p.593-606. ISSN 1414-3283.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugenio. *As redes de atenção à saúde.* *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2297-2305, 2010.

MOREIRA, Rafael da Silveira; NICO, Lucélia Silva; TOMITA, Nilce Emy, RUIZ, Tânia. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.6, pp. 1665-1675. ISSN 0102-311X.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Brasília: OPAS, 2005.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS.* Brasília, 2010.

_____. *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluyendo el envejecimiento activo y saludable*, 2009.

ROCHA, Danielle Aline; MIRANDA, Alexandre Franco. *Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura.* *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2013, vol.16, n.1, pp. 181-189.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. *I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados.* Barueri: Minha Editora, 2011. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/admin/arquivo/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao.pdf>.





Ministério da
Saúde

Governo
Federal