



Texto 16

Unidade de Aprendizagem III

Estrutura e dinâmica da rede de atenção à saúde da pessoa idosa

*Edgar Nunes de Moraes, Carolina de Campos Carvalho,
Marco Polo Dias Freitas e Flávia Lanna de Moraes*

Este texto tem como propósito auxiliá-lo a compreender como a atenção integral à saúde da pessoa idosa pode ocorrer nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), também integradas pela sua unidade de trabalho. Primeiro, estudaremos alguns conceitos importantes e necessários para o entendimento das funções e estruturas das RAS, assim como algumas unidades de saúde existentes no Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, trataremos especificamente da atenção ao usuário idoso no SUS.

Os diferentes níveis e dimensões assistenciais do SUS abordados estão de acordo com a atual organização da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS). Referenciaremos, também, as unidades de proteção social com o objetivo de estruturar uma rede com possibilidade de prestar atenção integral à pessoa idosa.

Todas as ações implementadas pela rede pública no atendimento à pessoa idosa, dependendo de sua abrangência, deverão ser discutidas, acordadas e pactuadas entre a atenção básica e os demais níveis de atenção, nas três esferas de governo – municipal, estadual e federal –, com participação de setores, órgãos e entidades envolvidos ou de interesse para a saúde da pessoa idosa.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/Dapes/MS, definiu um modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa integrado às RAS, ordenado pela atenção básica, pautado na funcionalidade e articulado com áreas e programas estratégicos do Ministério da Saúde.

Conceitos

Para iniciarmos, é recomendável revisar alguns conceitos importantes que servirão para o entendimento deste módulo, extraídos da publicação do MS, *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (BRASIL, 2009), que pode ser encontrada na biblioteca do AVA.

As Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), instituídas pela Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar, de base territorial. As RAS têm como atributo central a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando e coordenando o cuidado para atender às suas necessidades de saúde.

A adoção da organização em redes de atenção à saúde pelo SUS é uma estratégia para responder aos problemas vivenciados na gestão do sistema, como a fragmentação histórica do sistema de saúde, concorrência entre os serviços, uso inadequado de recursos com elevação dos custos, falta de seguimento longitudinal dos usuários, aumento da prevalência das doenças crônicas e necessidade de monitoramento e avaliação. Nesse cenário, foi pactuado que 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.

Além disso, como preconizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), “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” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010, p. 68). Esses pontos de atenção, com base em suas densidades tecnológicas, prestam serviços de promoção, prevenção, apoio diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, devendo atuar de forma articulada a fim de garantir o cuidado integral e adequado às necessidades da população, em vez da atenção fragmentada que ainda predomina.

Atualmente, integram as Redes de Atenção à Saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Componentes da atenção integral à saúde da pessoa idosa

As estruturas de atendimento do SUS são identificadas por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) do MS; além dessas, outras estruturas podem e devem fazer parte de uma rede integrada para a adequada atenção à pessoa idosa, de forma a atendê-la plenamente, incluindo suas necessidades sociais. A articulação com outros setores, como a assistência social, também é muito importante, como veremos adiante.

O Cnes é a base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde, sendo esses imprescindíveis ao gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela sociedade. O Cnes tem como objetivo disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas – federal, estadual e municipal. O Cnes pode ser acessado na página eletrônica <http://cnes.datasus.gov.br>.

Unidades Básicas de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ou sem Saúde da Família, estão inscritas no Cnes. A Política Nacional de Atenção Básica, Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 (antecedida pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006), define a infraestrutura e os recursos necessários para a realização das ações da atenção básica nos municípios e no Distrito Federal:

- consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;
- área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros;

- manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;
- existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando essa dispensação está prevista para ser realizada naquela UBS;
- equipes multiprofissionais compostas conforme modalidade das UBS;
- equipes compostas de médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários da saúde, entre outros profissionais, de acordo com a realidade epidemiológica, institucional e as necessidades de saúde da população;
- cadastro atualizado dos profissionais que compõem a equipe de atenção básica no sistema de cadastro nacional vigente, de acordo com as normas vigentes e as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;
- acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população, garantido pela gestão municipal;
- garantia, pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

Muitas UBS no país funcionam em construções adaptadas, que não foram planejadas para o destino a que se aplicam. Espera-se que a “porta de entrada” do SUS seja receptiva, acolhedora e ofereça condições mínimas de segurança e conforto aos seus usuários e funcionários, principalmente para aquelas pessoas com dificuldades de locomoção, como é o caso de alguns idosos.

As equipes das UBS devem, entre outras atividades, realizar a identificação e o registro das condições de saúde da população idosa, com destaque para os que apresentam fragilidades ou estão em processo de fragilização, no território. O cuidado à pessoa idosa deve ocorrer a partir da corresponsabilidade entre profissionais da atenção básica e os profissionais que atuam nos demais pontos de atenção, possibilitando as articulações necessárias para potencializar as ações desenvolvidas pela Rede de Atenção à Saúde.

Nesse contexto, destacam-se importantes ações e serviços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde, por meio da ampliação da cobertura vacinal, orientações sobre alimentação e nutri-

ção, 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, problemas decorrentes ou não do uso de álcool, entre outras. Essas ações se dirigem não só à pessoa idosa, mas também a seus familiares e cuidadores, e são fundamentais para a assistência às condições clínicas mais comuns nos idosos.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Um dos dispositivos da atenção básica, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criados pela Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, e atualmente regulamentados pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, têm como objetivo ampliar a abrangência, a resolutividade e o escopo das ações da atenção básica, a partir da atuação direta no apoio matricial às equipes do território em que o núcleo está vinculado. É importante notar que os Nasf não são serviços com unidades físicas independentes ou especiais, mas sim equipes compostas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e Academia da Saúde.

O Programa Academia da Saúde, instituído pela Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011, tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado a orientar práticas corporais e atividade física e de lazer, além de modos de vida saudáveis. Para qualificar a atenção e a participação da população idosa no programa, as unidades devem considerar as especificidades desse grupo populacional, seus interesses, bem como suas limitações corporais, cognitivas ou de outra natureza.

A composição do Nasf é definida pelos gestores municipais seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Destaca-se que o médico geriatra está entre as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) que podem compor os Nasf 1, 2 e 3 com as seguintes especialidades: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico internista (clínica

médica); médico do trabalho; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde, com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

De forma a contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, os Nasf podem desenvolver as seguintes ações de apoio, por exemplo: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos singulares (PTS), ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais etc. Para a qualificação da atenção à população idosa, destacamos a importância de incluir determinados temas em seu âmbito de atuação, 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 a polifarmácia e as consequentes interações), entre outros.

Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa)

O domicílio deve ser considerado o principal equipamento de saúde, para o qual devem convergir todas as ações relacionadas ao cuidado profissional e ao autocuidado apoiado. É o cenário ideal para a avaliação multidimensional do idoso e a elaboração do plano de cuidados personalizado, pois é nele que se desenrolam as relações familiares e comunitárias, cujo conhecimento é indispensável para a manutenção ou recuperação da saúde do indivíduo. Assim, mesmo quando o atendimento for realizado fora do domicílio, ele deve abarcar todas as informações referentes à estrutura e dinâmica familiar e segurança ambiental, indispensáveis para a tomada de decisão. Portanto, a atenção domiciliar não deve ser considerada somente uma modalidade de atendimento substitutiva ou complementar às outras modalidades existentes, mas, sim, o inverso.

A relação entre o cuidado domiciliar e os demais deve funcionar de forma pendular, que depende do grau de estabilidade clínica do paciente e da capacidade da família de operacionalizar o devido cuidado, incluindo as questões socioambientais. Em algumas circunstâncias clínicas, pode ser necessária a maximização do cuidado profissional no domicílio para se evitar a internação hospitalar. Nesses casos, o idoso deverá estar clinicamente estável e necessitar de atendimento mais complexo do que aquele realizado somente pela família. O termo “internação domiciliar” define essa modalidade de atendimento, que deve ser considerado substitutivo ou complementar à internação hospitalar. Por sua vez, na presença de grande instabi-

lidade clínico-funcional, pode ser necessário o cuidado de urgência, hospitalar ou mesmo intensivo, utilizando-se as modalidades de atendimento equipadas para esse fim (hospital, *hospice*, pronto-socorro ou CTI).

Atualmente, várias intervenções anteriormente feitas apenas em ambiente hospitalar podem ser transferidas para o domicílio, de forma segura e eficaz. Não há dúvida de que o cuidado dispensado no domicílio propicia a inserção dos profissionais no cotidiano do paciente e facilita a identificação de demandas e potencialidades da família, em um clima de aliança terapêutica. Todavia, deve-se ter em mente que, nesses casos, o objetivo não é transformar o domicílio em hospital, mas, sim, transformar o hospital no domicílio do paciente. Comumente, reproduz-se o modelo hospitalocêntrico no domicílio do paciente, perdendo-se, assim, todas as vantagens do cuidado domiciliar, além de aumentar os custos assistenciais, pois perde-se a economia de escala presente no hospital.

Podemos afirmar que a grande diferença entre o cuidado domiciliar e as outras modalidades de atendimento é o grau de densidade tecnológica e de recursos humanos necessários para a recuperação do paciente. Usualmente emprega-se o termo “cuidado domiciliar” para toda assistência prestada no domicílio do paciente, que inclui a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar. A **assistência domiciliar** é qualquer atendimento domiciliar realizado por profissionais que integram a equipe de saúde, não levando em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento. A **visita domiciliar** prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, sendo geralmente programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções. A **internação domiciliar** envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada situação específica. O **acompanhamento domiciliar** é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis com a equipe, como as portadoras de condições crônicas que geram dependência, idosos frágeis ou egressos de internações hospitalares. A **vigilância domiciliar** faz-se por ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa em relação à população adscrita à Atenção Primária à Saúde (APS).

A atenção domiciliar no âmbito do SUS foi redefinida recentemente. A Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016, em seu art. 2º, a define como uma “modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados” (BRASIL, 2016).

Os serviços de atenção domiciliar estão organizados em três modalidades: AD1, AD2 e AD3, definidas a partir da caracterização do paciente, do



Assista ao vídeo do programa *Melhor em casa*, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=poZnIH-tPMw>

Sabemos que ele não é específico para a população idosa, entretanto um dos mais beneficiados pelo programa é o idoso.

tipo de atenção e dos procedimentos utilizados para efetuar o cuidado. O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas. Outros profissionais, como fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e farmacêuticos, poderão compor as equipes de apoio.

A Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016, integra o Programa Melhor em Casa ao Programa SOS Emergências, tendo, entre os objetivos, a busca ativa de pacientes elegíveis, o apoio e matriciamento das equipes do hospital para identificação desses usuários e a desospitalização segura e efetiva, articulada e integrada com a rede de saúde do território. É importante ressaltar que 67,4% dos usuários da atenção domiciliar, no âmbito do SUS, são idosos, o que reforça a importância da articulação entre o Programa Melhor em Casa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2016).

Atenção às urgências e emergências

Com base na Portaria n. 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, foi reformulada a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituída a Rede de Atenção às Urgências no SUS, que tem a função de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. O processo e os fluxos assistenciais de toda a Rede têm como base os seguintes requisitos: acolhimento com classificação do risco, qualidade e resolutividade na atenção.

A Rede de Atenção às Urgências é constituída dos seguintes componentes: I - Promoção, prevenção e vigilância à saúde; II - Atenção básica em saúde; III - Serviço de atendimento móvel de urgência (Samu 192) e suas centrais de regulação médica das urgências; IV - Sala de estabilização; V - Força nacional de saúde do SUS; VI - Unidades de pronto atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII - Rede hospitalar; e VIII - Atenção domiciliar. Neste módulo, destacaremos esse último componente da Rede de Atenção às Urgências, a atenção domiciliar.

Unidades de atendimento ambulatorial especializado

O atendimento especializado é de fundamental importância para a recuperação ou manutenção da saúde de uma pessoa idosa. A diminuição da acuidade auditiva, por exemplo, pode levar ao isolamento social, à depressão e à dependência funcional, e é muitas vezes negligenciada pelo profissional da saúde, por familiares e até mesmo pelo próprio idoso, por acreditar que se trata de evento “normal da idade”. Outro

bom exemplo é o idoso que sofre de catarata, com consequências semelhantes às do caso anterior, que pode ser corrigida com uma cirurgia relativamente simples e quase sem contraindicações.

Vale lembrar que o acompanhamento por especialista não dispensa o acompanhamento na atenção básica. Além disso, se o idoso for acompanhado por vários especialistas, cabe ao profissional da atenção básica gerenciar e harmonizar o tratamento a fim de se evitar possíveis iatrogenias.

Unidades de reabilitação

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um ponto de atenção ambulatorial especializada, que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento 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 as múltiplas deficiências, para as quais são acrescentados 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, ainda, em medidas preventivas de perda funcional, redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função. Segundo o Censo Demográfico de 2010, 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 garantir ações que incluam as especificidades da população idosa nessa rede.

Unidades de atendimento odontológico

De acordo com a Portaria GM n. 599/2006, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde registrados no Cnes, 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 esses centros é a atenção básica; no que se refere aos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família (ESF), o encaminhamento dos casos mais complexos é realizado pelas equipes de saúde bucal.

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 fornecer orientações à pessoa idosa, à família e ao cuidador quanto aos cuidados de higiene bucal e prótese dentária, como forma de prevenção dos agravos relacionados com a saúde bucal.

Unidades de atenção psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são pontos de atenção compostos de equipe multiprofissional com o objetivo de 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 as comunidades, promovendo a inserção familiar e social.

Dentre as modalidades de CAPS com potencial para atender à população idosa, destacam-se: CAPS I, II, III e CAPS Álcool e outras Drogas – AD II e III, que seguem os parâmetros populacionais conforme a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial. É relevante informar que o CAPS III e o 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 com os profissionais da AB, por meio da estratégia de matriciamento, realizada pelo Nasf com os profissionais que tenham formação em saúde do idoso e profissionais de serviços especializados, é fundamental para a discussão dos casos de maior complexidade.

Centros de referência em atenção à saúde do idoso

Os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Crasi) surgiram a partir da Portaria GM/MS n. 702, de 12 de abril de 2002, que determina os mecanismos para a organização e implementação de redes

estaduais de assistência à saúde do idoso, e da Portaria SAS/MS n. 249, de 16 de abril de 2002, que estabelece as normas para cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do idoso.

Em função das atuais orientações e normativas, a reformulação desses serviços se faz necessária, de forma que se constituam em pontos de atenção secundária de uma rede de atenção à saúde, referenciados e regulados, de abrangência regional, responsáveis pelas seguintes ações:

- assistência direta à saúde do idoso frágil de alta complexidade: promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, de forma compartilhada com a atenção básica, realizando intervenções e métodos de investigação cuja complexidade está fora do âmbito 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. Significa que os fluxos de entrada (referência) ou de encaminhamento aos centros especializados devem ser claros (critérios de encaminhamento), da mesma forma que os critérios de contrarreferência. O modelo pressupõe que todos os pacientes encaminhados aos centros de referência tenham assegurada a continuidade do seu tratamento ou a implementação do Plano de Cuidados nas Unidades Básicas de Saúde a que pertencem, mas de forma corresponsável ou compartilhada. Significa também que o tratamento do paciente continua sendo ordenado e coordenado pela atenção básica, fortalecendo mais ainda sua importância;
- capacitação de recursos humanos na área de saúde da pessoa idosa;
- servir como auxílio à formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas na área de envelhecimento e na gestão de programas e ações específicas para o idoso.

Atenção hospitalar

A atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde, realizados em ambiente hospitalar. Independentemente do tamanho ou da complexidade, toda unidade hospitalar do SUS está inscrita no Cnes. A possibilidade de emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é uma característica comum e específica a todas essas unidades; trata-se de um instrumento de remuneração pelo serviço prestado, além de ter outras funções.

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.

Serviços de proteção social

O Sistema Único de Assistência Social compõe, com a rede do SUS e os benefícios garantidos pela política de previdência social, o tripé da seguridade social no Brasil. Constitui-se em um sistema de proteção social baseado nos princípios da descentralização, intersetorialidade, participação, territorialidade e matricialidade na família, que tem como marcos legais a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993) e a Política Nacional de Assistência Social (Resolução n. 145, de 15 de outubro de 2004).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social (NOB/Suas), aprovada em 2005 e atualizada em 2012, por meio da Resolução n. 33, de 12 de dezembro de 2012, 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. Essa legislação pode ser encontrada na biblioteca do ambiente virtual do curso.

De acordo com a estrutura do Sistema Único de Assistência Social, no âmbito da proteção social básica, temos serviços como: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; e Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosos. Por sua vez, o nível de proteção social especial de média complexidade é composto dos Serviços de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), pelos Serviços de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias e pelos Serviços Especializados para Pessoas em Situação de Rua. Por fim, a proteção social especial de alta complexidade compreende: Serviços de Acolhimento Institucional, Serviços de Acolhimento em Repúblicas e outros.

Para se aprofundar quanto aos serviços socioassistenciais, leia a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (Cnas) número 109/2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

A dinâmica da atenção à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde

O trabalho em rede, com a atenção básica como ordenadora do cuidado, tem como objetivo a garantia do cuidado contínuo à pessoa idosa no SUS, fortalecendo a articulação entre os diferentes pontos de atenção, o vínculo entre as pessoas idosas e os profissionais da AB, e os pontos de referência da rede em sua totalidade.

Assim, para a implementação de um modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa, destacam-se alguns aspectos: 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; é necessário garantir acesso, acolhimento e cuidado humanizados; o cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global; a articulação intersetorial é essencial; a participação e o controle social devem ser estimulados.

Essas diretrizes precisam ser consideradas em todo o processo de atenção à saúde do usuário idoso, que detalhamos a seguir.

Reconhecimento e estratificação da demanda

Reconhecemos a nossa demanda é justamente identificar, dentre a população sob nossa responsabilidade de atendimento, quais são suas necessidades, a partir do estabelecimento de uma avaliação diagnóstica. A estratificação é um agrupamento de acordo com critérios prévios, de forma a facilitar o planejamento das ações.

A heterogeneidade entre os indivíduos idosos é marcante e progressiva ao longo do processo de envelhecimento. Os idosos podem ser classificados em:

1. Idoso robusto: idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, que não apresenta incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada à maior vulnerabilidade.
2. Idoso em risco de fragilização: idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como:

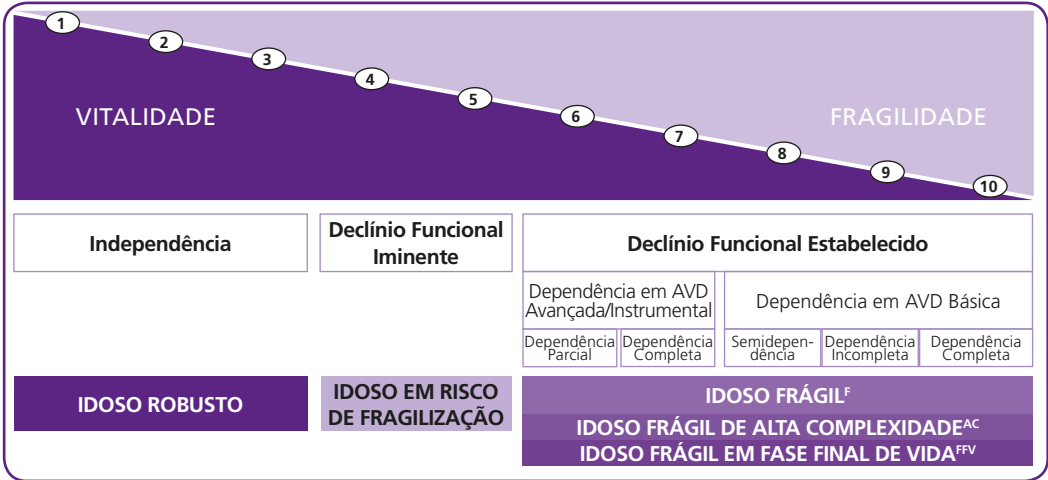
A estratificação tratada neste texto é uma das possibilidades, mas existem outras formas de se estratificar, adotando-se outros critérios.

Essa estratificação também é apresentada por Moraes et al. (2016) no artigo "A New Proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: visual scale of fragility", disponível em: <http://www.jarcp.com/1808-a-new-proposal-for-the-clinical-functional-categorization-of-the-elderly-visual-scale-of-frailty-vs-frailty.html>

- evidências de sarcopenia, definida como a presença de alterações da massa e da função muscular (força e desempenho muscular);
 - presença de comorbidades múltiplas representadas pela polipatologia (≥ 5 condições crônicas de saúde), polifarmácia (≥ 5 medicamentos/dia) e/ou internação recente;
 - risco sociofamiliar elevado.
3. Idoso frágil: idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida em virtude da presença de incapacidades, únicas ou múltiplas. Nesse grupo, os idosos podem apresentar dependência funcional nas atividades de vida diária associada a condições de saúde de difícil manejo clínico (idoso frágil de alta complexidade) ou alto grau de dependência funcional e sobrevida estimada menor que seis meses (idoso frágil em fase final de vida).

Essa classificação clínico-funcional permite diferenciarmos os grandes grupos de idosos, mas ainda é insuficiente para planejar as ações preventivas, curativas, paliativas ou reabilitadoras de forma mais individualizada. A heterogeneidade ainda é grande, mesmo entre os idosos considerados frágeis. Assim, elaboramos dez estratos de idosos, baseados na funcionalidade, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 – Estratificação de risco



Fonte: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006c).

Nessa classificação, os idosos robustos são subdivididos em três estratos (1, 2 e 3), os idosos em risco de fragilização em dois estratos (4 e 5), e os idosos frágeis subdivididos em cinco estratos (6, 7, 8, 9 e 10), conforme critérios descritos no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Estratificação clínico-funcional ou de risco do idoso

Estratificação Clínico-Funcional		
Idoso Robusto	Estrato 1	São os idosos que apresentam independência para todas as atividades de vida diária (AVD) avançadas, instrumentais e básicas, associada à ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. São indivíduos que envelheceram livres de comorbidades, com preservação da cognição, humor, mobilidade e comunicação.
	Estrato 2	São os idosos que apresentam independência para as AVD avançadas, instrumentais e básicas, associada à ausência de doenças estabelecidas. Todavia, apresentam condições crônicas de saúde mais simples, como hipertensão arterial sem lesão de órgãos-alvo, tabagismo, dislipidemia etc.
	Estrato 3	São os idosos que apresentam independência para as AVD avançadas, instrumentais e básicas, associada à presença de doenças crônico-degenerativas isoladas e de baixa complexidade clínica (diabetes <i>mellitus</i> , ICC, DPOC, doença arterial coronariana etc.). Nesse grupo, estão incluídos também os idosos que apresentam um ou dois critérios do fenótipo de fragilidade descrito por Fried (2001).
Idoso em Risco de Fragilização	Estrato 4	São os idosos independentes para as atividades de vida diária, capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma. Todavia, encontram-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresentam uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como: comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia ou internação recente), evidências de sarcopenia ou risco sociofamiliar elevado.
	Estrato 5	São os idosos relativamente independentes para AVD instrumentais e básicas. O declínio funcional é percebido somente nas AVD avançadas (atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e sociais).
Idoso Frágil	Estrato 6	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.
	Estrato 7	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.
	Estrato 8	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semidependência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou usar o banheiro).
	Estrato 9	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à dependência incompleta nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, serem dependentes para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função, e não uma atividade.

Fonte: Moraes (2014).

Além da funcionalidade, a complexidade clínica é outro parâmetro fundamental na classificação dos idosos, relacionada às condições crônicas

de saúde. Idosos no mesmo estrato clínico-funcional podem apresentar diferentes níveis de complexidade clínica. Por exemplo, um idoso com quadro demencial e dependência total para as AVD instrumentais e independência para AVD básicas é classificado no estrato 7. Todavia, é bem diferente quando esse mesmo idoso apresenta sintomas comportamentais de difícil controle e exige um seguimento rigoroso para definição das intervenções terapêuticas mais apropriadas. O primeiro caso é classificado como idoso frágil, estrato 7, com declínio funcional estabelecido, enquanto o segundo caso é classificado como idoso frágil de alta complexidade, estrato 7. A alta complexidade é definida quando há dúvida diagnóstica e/ou terapêutica, o que torna o manejo clínico mais difícil e, conseqüentemente, faz-se necessário o acompanhamento por equipe geriátrico-gerontológica especializada até a estabilização do quadro.

Direcionando a demanda

O principal objetivo das intervenções propostas é a manutenção da independência e autonomia dos idosos, caso eles sejam classificados como robustos (estratos 1 a 3). Estima-se, empiricamente, que representam cerca de 60% a 70% dos idosos. Para esses idosos, as intervenções promocionais, preventivas e curativas são as mais importantes. Em geral, serão atendidos e acompanhados nas UBS. Representam o público-alvo para as medidas de promoção da saúde – grupos de caminhada e outras atividades físicas e socioculturais. Eventualmente, e de acordo com a programação individual do plano de cuidados, necessitarão de encaminhamento para avaliação e tratamento específico, como oftalmologia. As doenças crônicas não transmissíveis devem ser acompanhadas e tratadas com rigor, para evitar lesões de órgãos-alvo, como AVC decorrente da hipertensão não controlada. O objetivo maior para com esse grupo é manter sua independência e autonomia.

Já entre os idosos em risco de fragilização, todo cuidado deve ser tomado para identificar as condições preditoras de desfechos adversos e intervir rapidamente, para que o idoso não apresente declínio funcional e torne-se dependente. Estima-se, empiricamente, que representam cerca de 20% a 30% dos idosos. Devem passar por uma avaliação minuciosa e, sempre que necessário, ser encaminhados para avaliação em serviços específicos, de acordo com os diagnósticos funcionais e orgânicos. O acompanhamento de rotina pela UBS é de fundamental importância para verificação e adequação das diversas prescrições que porventura o idoso receba; para orientações de prevenção de lesões de órgãos-alvo em grupos operativos de doenças específicas, como diabetes e hipertensão; e para adequação de atividades de promoção da saúde, como atividade física, alimentação equilibrada, hidratação e convívio social.

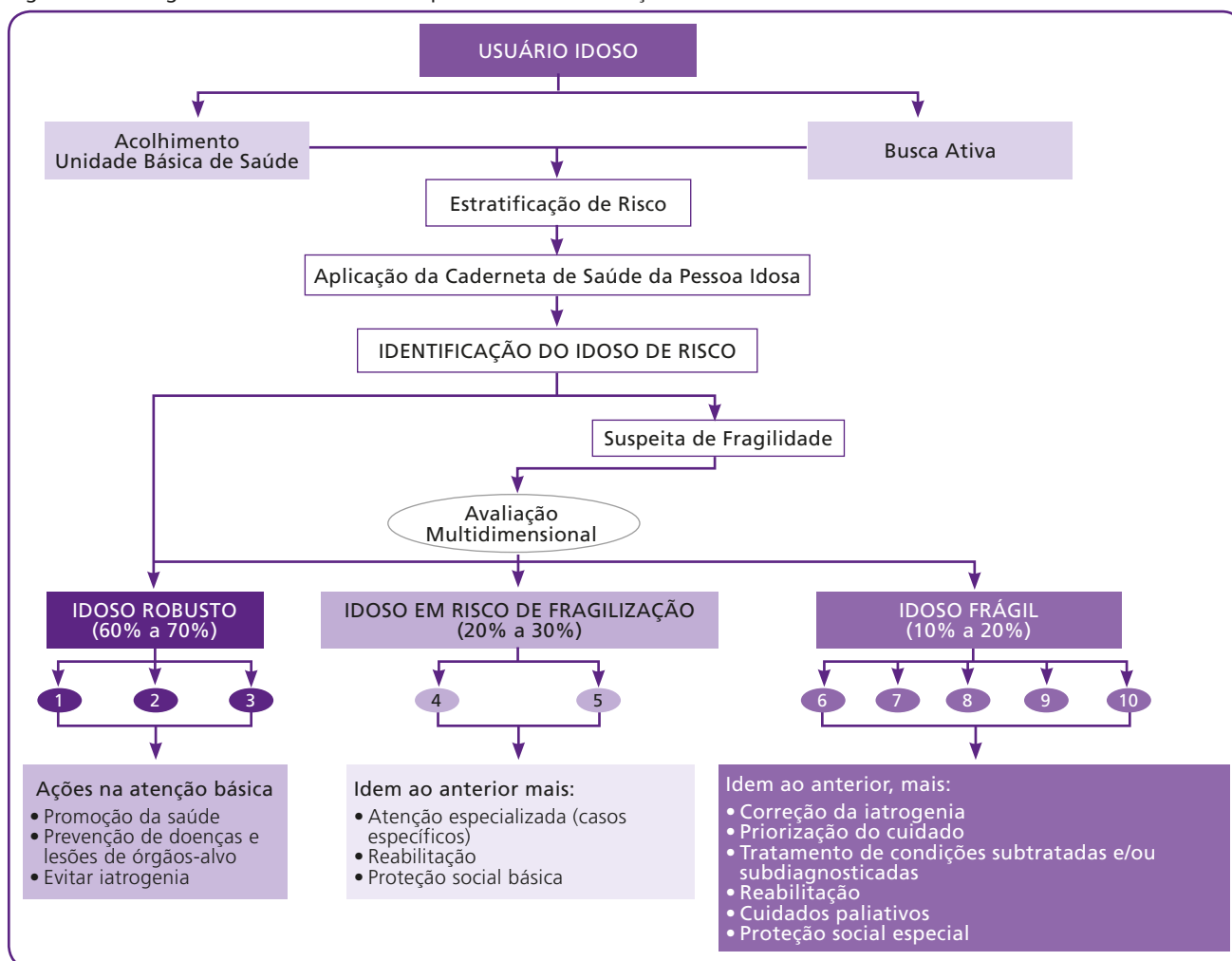
O principal objetivo do acompanhamento desse grupo é tentar recuperar e manter a funcionalidade.

Por sua vez, entre os idosos frágeis, todas as medidas necessárias para a recuperação de sua autonomia e independência devem ser acionadas. Estima-se, empiricamente, que representam cerca de 10% a 20% dos idosos. As medidas apontadas pelo plano de cuidados devem ser priorizadas, principalmente quando se tratar daquelas que apontem para a reversão do quadro. Deve-se tomar cuidado, entretanto, para não desencadear um processo propedêutico sem uma hipótese diagnóstica razoável e uma proposta terapêutica bem estabelecida, evitando, assim, desgaste para a equipe de saúde, perda de tempo e sofrimento para o paciente e seus familiares e, principalmente, perda de oportunidade de se tomar medidas simples e em tempo adequado. As intervenções mais eficazes para o ganho funcional são, por ordem de prioridade:

1. redução da iatrogenia e suspensão de “drogas fúteis”;
2. definição de metas terapêuticas individualizadas e priorização dos cuidados;
3. intervenções terapêuticas nas condições de saúde subdiagnosticadas e/ou subtratadas;
4. reabilitação;
5. prevenção secundária;
6. prevenção primária.

Nos idosos frágeis em fase final de vida, quando não há possibilidade de cura ou modificação da história natural da doença, o foco das intervenções são as medidas paliativas, capazes de dirimir o sofrimento do paciente, diminuir a angústia dos familiares e evitar intervenções e internações desnecessárias, além de prestar apoio e assistência aos familiares e cuidadores. O objetivo principal não é somente o alívio da dor, mas do conjunto de todos os sintomas de natureza física, emocional, espiritual e social, porventura presentes.

Figura 2 – Fluxograma de atendimento da pessoa idosa na atenção básica



Fonte: Moraes (2014).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, aborda a limitação funcional de pessoas com 60 anos ou mais de idade, estratificando por regiões do país, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução.

Nessa pesquisa foram investigadas as limitações que as pessoas idosas enfrentavam para realizar, sozinhas, suas atividades básicas de vida diária, como: comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo para outro no mesmo andar, e deitar-se. O resultado foi que 6,8% das pessoas idosas apresentavam limitação funcional para realizar essas atividades.

A pesquisa também investigou as limitações funcionais que as pessoas idosas enfrentavam para realizar, sozinhas, suas atividades instrumentais ►



Caso queira conhecer a PNS de 2013 na íntegra, acesse: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>

de vida diária, como: fazer compras (de alimentos, roupas, medicamentos e outras); cuidar do seu próprio dinheiro; tomar seus medicamentos; e sair utilizando transporte como ônibus, metrô, táxi ou carro. Neste caso, a proporção de pessoas que possuíam limitação funcional para exercer suas atividades instrumentais de vida diária foi estimada em 17,3%. ■

Mendes (2011) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas denominado Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc), para utilização no SUS. Esse modelo (Figura 3) estrutura-se em cinco níveis de atenção à saúde, conforme a população estratificada por riscos e, conseqüentemente, o tipo de intervenção proposto.

O nível 1 reúne a população global, com foco nos determinantes sociais da saúde, representados pelas condições de vida e de trabalho; disponibilidade de alimentos; ambientes saudáveis; acesso aos serviços essenciais de saúde, educação, saneamento e habitação, e às redes sociais e comunitárias. As intervenções focalizam as estratégias de promoção da saúde e são aplicadas a toda a população.

O nível 2 envolve um estrato da população global que apresenta fatores predisponentes para as condições de saúde ou fatores de risco. As intervenções são direcionadas para as estratégias de prevenção de doenças (prevenção primária), com ênfase nos comportamentos e estilo de vida (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool, sexo inseguro, estresse). Até o segundo nível, não há condição de saúde estabelecida. Esses níveis englobam os idosos robustos (estrato 1).

O nível 3 abrange os indivíduos com condições de saúde simples, facilmente manejáveis na atenção básica. Os idosos robustos, estrato 2 e 3, estão nesse nível.

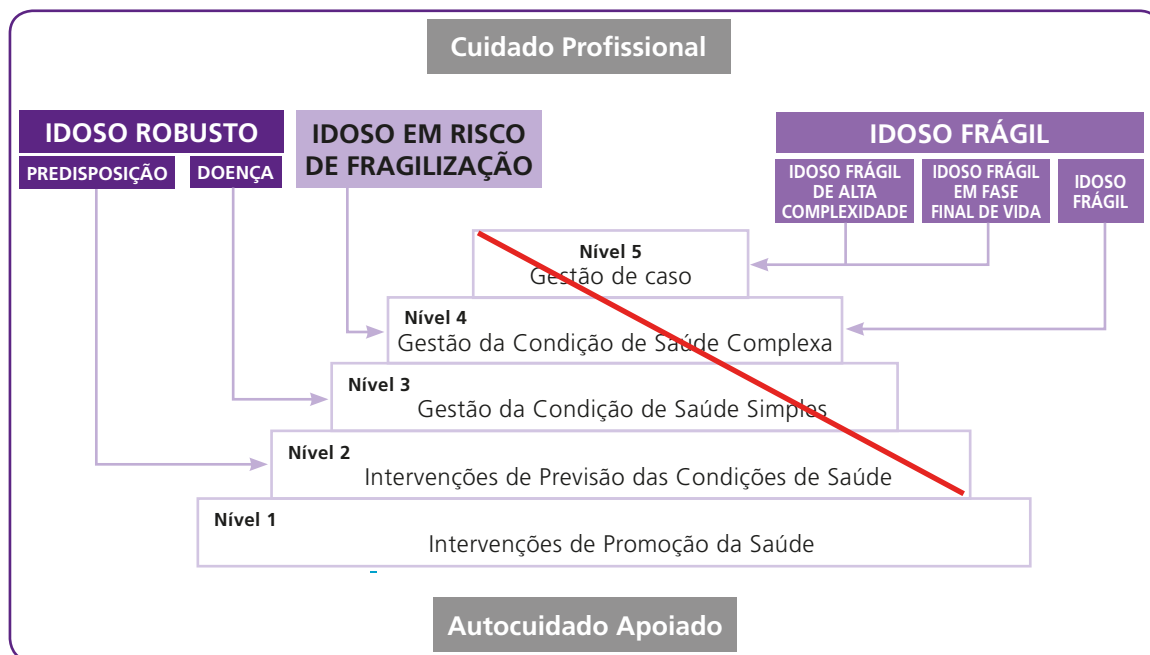
O nível 4 engloba os indivíduos com condição de saúde complexa e nele estão os idosos em risco de fragilização e frágeis (estratos 4 a 10).

O nível 5 abrange os indivíduos com condições de saúde altamente complexas e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Os idosos frágeis de alta complexidade estão nesse nível. As intervenções de gestão da clínica englobam a gestão de condição crônica e a gestão de caso nos indivíduos portadores de condições crônicas de saúde altamente complexas.

A linha transversa que corta o desenho, desde as ações de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso, representa uma divisão

relativa à natureza da atenção à saúde. O que estiver acima dessa linha representa, de forma mais significativa, a atenção profissional; o que estiver abaixo dessa linha representa, hegemonicamente, o autocuidado apoiado.

Figura 3 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas, adaptado à pessoa idosa



Fonte: Mendes (2011 apud MORAES, 2012).

O cuidado oferecido aos idosos portadores de múltiplas condições crônicas de saúde, poli-incapacidades ou necessidades complexas é frequentemente fragmentado, ineficiente, ineficaz e descontínuo, capaz de agravar mais ainda a condição de saúde dessas pessoas (BOULT; WIELAND, 2010). Além disso, o foco da formação dos médicos da atenção primária é direcionado para os cuidados preventivos, condições agudas, traumas e gerenciamento de doenças crônicas, mas de forma isolada (monopatologia). Evidências atuais mostram que a atenção à saúde dos idosos mais frágeis, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia deve ser associada a quatro condições essenciais, que superam o simples diagnóstico e tratamento das doenças individuais:

- avaliação multidimensional ou abrangente, capaz de reconhecer todas as demandas biopsicossociais do paciente, seus valores, crenças, sentimentos e preferências para o cuidado;
- elaboração, implementação e monitoramento do plano de cuidados, composto de todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, definidas de forma compartilhada;

- comunicação e coordenação com todos os profissionais e serviços necessários para implementação do plano de cuidados (linha do cuidado ou macrogestão da clínica), com ênfase no cuidado transicional;
- promoção do engajamento ativo do paciente e sua família no cuidado com sua saúde.

Em suma, temos de determinar qual é a real necessidade de saúde individual e coletiva da população idosa que atendemos, de quais recursos dispomos, quanto tempo temos para dar a resposta e em quanto tempo poderemos dar essa resposta de forma resolutiva. Isso sem esquecer que 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.



O MS tem disponibilizado, nos últimos anos, uma série de publicações sobre temas específicos em saúde denominada *Cadernos de Atenção Básica*. Outros temas de interesse para o cuidado com a saúde da pessoa idosa também foram publicados, como: saúde bucal, prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*.

A série está disponível na biblioteca do AVA e no CD do curso, e pode ser acessada na página eletrônica do Departamento de Atenção Básica/MS, em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>

Estratégias integradas para instrumentalizar as equipes de atenção básica no cuidado das pessoas idosas nos territórios (a partir de 2014):

- implementação da versão atualizada da caderneta de saúde da pessoa idosa (3ª edição – 2014);
- utilização do *Caderno de Atenção Básica*, volume 19 (2ª edição – 2014);
- capacitação dos profissionais de saúde.

Desenhando a linha de cuidados

Até o momento, conseguimos reconhecer as estruturas necessárias ou existentes para a atenção integral à saúde da pessoa idosa e identificar e estratificar nosso público-alvo. Agora, temos de implementar os caminhos, ou seja, criar os fluxos de referência e contrarreferência ou, pelo menos, demandar sua criação.

Esse nosso exercício de gestão vai até o limite do planejamento, e esperamos fazê-lo da melhor forma possível. Sabemos que a decisão final cabe ao gestor de saúde local. Todavia, essa decisão tem de estar em consonância com as diretrizes do respectivo Conselho de Saúde, que é uma instância deliberativa e pode ser um forte aliado nas determinações das políticas de saúde. É recomendável, portanto, que, caso você queira implementar uma linha de cuidados em sua localidade, apresente a proposta para o gestor e para o Conselho de Saúde local, de forma que ela seja apreciada e votada. Se aprovada, com certeza terá grande chance de ser implementada. Além de uma boa proposta

para a linha de cuidados, como poder de convencimento, temos um cenário completo de políticas públicas de saúde favoráveis.

A rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas e a rede de cuidados à pessoa com deficiência, integrantes das Redes de Atenção à Saúde, que já conhecemos, preveem linhas de cuidado que contemplarão a população idosa. A propósito, uma das ações do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, no período de 2011 a 2020, consiste em “organizar as linhas de cuidado para as condições crônicas prioritárias e idosos frágeis, ampliando o acesso com qualidade” (BRASIL, 2011f, p. 129), além de atualizar as já existentes.

Nesse contexto, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, está trabalhando na construção de linhas de cuidado que levam em conta a condição funcional, de forma que se articulem respostas macro e microinstitucionais, ordenando o processo de trabalho em saúde, demandas de organização do sistema de saúde e suas interfaces, e também para que elas respondam às necessidades dos usuários (MALTA; MERHY, 2010).

A rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, prevê o seguinte em relação às linhas de cuidado:

Art. 10. A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude.

Parágrafo único. Os critérios definidos para implantação e financiamento das linhas de cuidado priorizadas e de cada um dos seus componentes serão regulamentados em atos normativos específicos a serem editados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a)

Está prevista, na Portaria que institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que:

Art. 13. A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência:

[...]

IV – A criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência (BRASIL, 2012a).

Um exemplo

Dona Angela, 65 anos, teve um quadro de AVC há três anos. Com dificuldade de locomoção e incontinência urinária, é cuidada pelo marido, seu Firmino, 75 anos, portador de diabetes. Ela chegou ao acolhimento da UBS acompanhada do marido. Após a aplicação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, foi estratificada em idosa de risco. O VES-13 foi de sete pontos e o índice de vulnerabilidade clínico-funcional, de oito pontos. Apresentava também alto índice de vulnerabilidade sociofamiliar. Foi, então, encaminhada para avaliação multidimensional e classificada como idosa frágil, estrato 7 (dependência total para AVD instrumentais e independência para AVD básicas). Seu Firmino também necessitava de cuidados: apresentava grande risco de perda funcional (declínio funcional iminente), apesar de ser independente para AVD básicas e instrumentais. Apresentava polifarmácia (≥ 5 medicamentos por dia), evidências de sarcopenia (circunferência da panturrilha de 29 cm) e risco sociofamiliar elevado. Foi classificado como idoso em risco de fragilização, estrato 5, pois não mais conseguia realizar AVD avançadas, como viajar sozinho para lugares distantes. Nele, o VES-13 foi de um ponto (idade: 1 ponto; autoavaliação da saúde: 0; limitação física: 0; incapacidade: 0) e o índice de vulnerabilidade clínico-funcional foi de oito pontos. Ambos foram avaliados na UBS.

A enfermeira Ana Paula, que fez o acolhimento, encaminhou d. Angela para uma consulta médica naquele mesmo dia, e seu Firmino para uma entrevista com a assistente social Sara. Na avaliação médica, feita pelo dr. José Luiz, d. Angela apresentava suspeita de infecção urinária e foi encaminhada imediatamente para coleta de urina na unidade de urgência mais próxima. Confirmado o diagnóstico, a paciente recebeu tratamento de acordo com o protocolo padronizado no serviço. Na entrevista de seu Firmino com a assistente social, foi confirmado estresse do cuidador e condição social precária, com dificuldade financeira.

Cinco dias depois, o agente comunitário Marco visitou o casal e verificou que d. Angela havia melhorado consideravelmente da incontinência urinária. Naquele dia, ela havia recebido o resultado da urocultura. O casal foi convidado a comparecer à UBS no dia seguinte. O dr. José Luiz confirmou a melhora dos sintomas de d. Angela e verificou que o tratamento estava em conformidade com o padrão de sensibilidade mostrado na urocultura; além disso, a paciente foi encaminhada para avaliação fisioterapêutica, tendo em vista a sequela do AVC. Enquanto isso, a assistente social Sara orientava seu Firmino quanto à solicitação de aposentadoria. Ambos foram referenciados para atenção secundária em geriatria, pois, além dos problemas já citados de d. Angela, seu Fir-

mino apresentava suspeita de depressão, com queixa de esquecimento para fatos recentes, confirmada pelos instrumentos de rastreio.

O casal foi atendido pela equipe geriátrico-gerontológica especializada e, após três meses de acompanhamento, foram contrarreferenciados para a UBS, à qual retornaram com os planos de cuidados. Durante esse período, receberam visitas quinzenais do agente comunitário e, finalmente, a aposentadoria de seu Firmino foi regularizada. No plano de cuidados dele, constava o diagnóstico de depressão, com sintomas de esquecimento, tendo obtido boa melhora a partir do segundo mês de tratamento, e havia informação de atualização da medicação para o diabetes. No plano de cuidados de d. Angela, apresentava-se a situação de regressão completa da incontinência urinária após fisioterapia específica, com a solicitação de que ela fosse encaminhada para alguma atividade de integração social do bairro e hidroginástica. Foi então indicado acompanhamento pelo Nasf para continuidade do processo de reabilitação. Agora, com o recebimento da aposentadoria, o casal não terá dificuldade para seguir as recomendações dos planos de cuidados.

Passados seis meses, seu Firmino estava completamente livre dos sintomas da depressão, inclusive do esquecimento. Infelizmente, d. Angela teve novo episódio de AVC, ficou 15 dias internada, sendo cinco deles em Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Recebeu alta com dependência completa, restrita ao leito e com dificuldade de fala (estrato 9). Além disso, apresentava uma úlcera de decúbito em região sacral. No primeiro dia de alta, recebeu a visita da equipe da UBS. O médico da equipe indicou internação domiciliar, que foi providenciada no dia seguinte. A equipe da internação domiciliar era do mesmo hospital em que d. Angela estivera. Em 30 dias, recebeu alta da internação domiciliar, já conseguia andar com ajuda, a escara regredira completamente, e a fala já estava normal, porém apresentava dificuldade para deglutir, que só melhorou após dois meses de acompanhamento com fonoaudiólogo do Nasf (retornou ao estrato 7). Persistiu a dificuldade de marcha, com risco aumentado para a ocorrência de queda; foi encaminhada para adaptação progressiva com andador, e, posteriormente, bengala.

Referências

BOULT, C.; WIELAND, G. D. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions. *JAMA*, Chicago, v. 304, p. 1936-1943, 2010.

BRASIL. Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 set. 2007. Seção 1, p. 16.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF, 2006. (Caderno de atenção básica, 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a rede de atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 fev. 2013a. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de especialidades odontológicas (Ceos) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDS) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 mar. 2006a. Seção 1, p. 51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006b. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 702, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de assistência à Saúde do idoso. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 abr. 2002a. Seção 1, p. 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011. Institui o programa academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 abr. 2011a. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 abr. 2012a. Seção 1, p. 94.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do programa Melhor em casa (atenção domiciliar no âmbito do SUS) com o programa SOS emergências, ambos inseridos na rede de atenção às urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 jun. 2013c. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jul. 2011b. Seção 1, p. 69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o programa nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de Qualidade do piso de atenção básica variável - PAB variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 jul. 2011c. Seção 1, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. 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). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2011d. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011e. Seção 1, p. 230.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. 2. reimpr. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SUS_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 249, de 12 de abril de 2002. Aprova as normas para cadastramento de centros de referência em assistência à Saúde do idoso. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 abr. 2002b. Seção 1, p. 46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF, 2006c. (Cadernos de Atenção Básica, 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB BRASIL 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. 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 2011-2022*. Brasília, DF, 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. *Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2013d. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/apresentacoes/arquivos/revista_ms_e_municipios_2013.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (Brasil). Resolução n. 33, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social -NOB/Sus. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 jan. 2013. Seção 1, p. 155.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (BRASIL). Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 nov. 2009. Seção 1, p. 82.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (BRASIL). Resolução n. 145, de 15 de outubro de 2004. Política Nacional de Assistência Social. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 out. 2004.

DIAS, E. G. et al. As atividades avançadas de vida diária como componente. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 25, n. 3, p. 225-232, set./dez. 2014.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010.

MENDES, E. V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORAES, E. N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E. N. Como preparar o sistema de saúde brasileiro para enfrentar o envelhecimento, tendo em vista a mudança do perfil demográfico. *Revista ConsenSUS*, v. 10, p. 40-45, 2014.

MORAES, E. N. (Org.). *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E. N.; AZEVEDO, R. S. *Fundamentos do cuidado ao idoso frágil*. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MORAES, E. N.; LANNA, F. M. *Avaliação multidimensional do idoso*. 4. ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.

MORAES, E. N.; LANNA, F. M. *Avaliação multidimensional do idoso*. 5. ed. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MORAES, E. N. et al. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: visual scale of fragility. *Journal of Aging Research & Clinical Practice*, v. 5, n. 1, p. 24-30, 2016.

MORAES, E. N. et al. *Usifamília: um modelo inovador de atenção integral na saúde suplementar*. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MOREIRA, Rafael da Silveira et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, 2005.

OLIVEIRA, Luiza Maria Borges. *Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência*. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Coordenação-Geral do Sistema de informações sobre a Pessoa com Deficiência, 2012. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília, DF, 2010.

ROCHA, Danielle Aline; MIRANDA, Alexandre Franco. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 181-189, 2013.