

Oficinas do APSUS
*Saúde do Idoso na
Atenção Primária à Saúde*

9

Oficina 9
Saúde do Idoso

Agosto de 2014

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Michele Caputo Neto

Secretário de Estado da Saúde

René José Moreira dos Santos

Diretor Geral

Márcia Huçulak

Superintendente de Atenção à Saúde

Márcia Huçulak

Maria Cristina Tanaka Arai

Coordenação do APSUS

Maria Emi Shimazaki

Edgar Nunes de Moraes

Consultores de Conteúdo

Adriane Miró Vianna Benke Pereira

Organizadora de Conteúdo

Elaboração

Este caderno é um dos resultados de um planejamento estratégico que iniciou em 2011 com a participação da equipe da Coordenação Estadual de Saúde do Idoso e colaboradores.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Contribuir para o desenvolvimento de competência do corpo técnico e gerencial da Atenção Primária à Saúde (APS), nos Municípios e no Estado, para que cada equipe possa realizar ações relacionadas à saúde dos idosos residentes no território sob sua responsabilidade.

1.2 Objetivos Específicos

- Compreender os dados demográficos e epidemiológicos relacionados à população idosa do estado do Paraná;
- Compreender os fundamentos sobre a saúde do idoso;
- Compreender a competência da APS na atenção à saúde dos idosos no Paraná;
- Compreender os fundamentos da avaliação multidimensional da saúde do idoso;
- Compreender os critérios, o instrumento e a metodologia para a estratificação de risco do idoso e a identificação de idosos vulneráveis na APS;
- Compreender os fundamentos para a elaboração de um plano de cuidado;

- Compreender os parâmetros assistenciais para o atendimento aos idosos;
- Conhecer experiências exitosas relativas à saúde do idoso na APS paranaense.

2. PRODUTOS

Ao final desta oficina, os participantes deverão desenvolver os seguintes produtos:

- Identificação e estratificação de risco dos idosos residentes no território de responsabilidade de cada equipe de APS;
- Programação local para a atenção aos idosos, para cada equipe de APS, utilizando os parâmetros assistenciais disponibilizados nesta oficina;
- Elaboração de agenda para atendimento aos idosos, para cada equipe de APS.

3. PROGRAMA GERAL

3.1 Atividades educacionais

Esta oficina tem uma carga horária de 16 horas, a serem divididas em três dias, e conta com atividades educacionais: exposições dialogadas, trabalhos em grupos, atividades em plenário, painel.

3.2. PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES

PRIMEIRO DIA		
HORÁRIO	ATIVIDADES	TEMAS
13h30 – 14h00	Abertura	
14h00 – 15h00	Trabalho em grupos	A avaliação dos produtos do período de dispersão
15h00 – 15h15	Intervalo	
15h15 – 16h00	Plenário	Relato das atividades dos grupos
16h00 – 17h30	Exposição	A Saúde do Idoso na APS

SEGUNDO DIA		
08h00 – 08h15	Saudação	
08h15 – 10h15	Exposição	A avaliação multidimensional do idoso e a estratificação de risco
10h15 – 12h00	Trabalho em grupos	Estudo de caso
12h00 – 12h30	Plenário	Relato das atividades dos grupos
12h30 – 13h30	Almoço	
13h30 – 14h30	Exposição	A atenção ao idoso na APS: o plano de cuidados
14h30 – 15h00	Exposição	A atenção ao idoso na APS: a programação local
15h00 – 16h30	Trabalho em grupos	Estudo de caso
16h30 – 17h30	Plenário	Relato das atividades dos grupos
TERCEIRO DIA		
08h00 – 08h15	Saudação	
08h15 – 10h00	Painel	Experiências exitosas relativas à saúde do idoso na APS
10h00 – 11h00	Trabalho em grupos	As estratégias para o desenvolvimento dos produtos da oficina
11h00 – 12h00	Plenário	Relato das atividades dos grupos
12h00 – 12h30	Plenário	Avaliação Encerramento

4. ROTEIRO DAS ATIVIDADES: PRIMEIRO DIA

4.1 Abertura

Objetivos:

- Saudar os participantes;
- Apresentar os objetivos da oficina;
- Orientar quanto à programação e à metodologia da oficina;
- Pactuar os compromissos com os participantes.

4.2 Estudo dirigido: a avaliação dos produtos do período de dispersão

Objetivo: avaliar os produtos do período de dispersão da oficina – saúde mental na APS.

4.2.1 Trabalho em grupos: orientação

- Dividir em grupos, preferencialmente, por macrorregiões;

- Eleger coordenador e relator para cada grupo;
- Avaliar os produtos do período de dispersão;
- Utilizar a Matriz 1 – Pontuação dos produtos do período de dispersão:

- Coluna 1: Listar os produtos do período de dispersão;
- Coluna 2: Inserir em cada uma das colunas o nome dos municípios a serem avaliados.

Para avaliação de cada produto, pontuar:

- 0 = produto não desenvolvido;
- 20 = produto desenvolvido em no máximo 50% das equipes da APS;
- 30 = produto desenvolvido em no máximo 70% das equipes da APS;
- 40 = produto desenvolvido acima de 70% das equipes da APS.
- Utilizar a Matriz 2 – Avaliação dos produtos do período de dispersão:

- Coluna A: Inserir o nome dos municípios da região;

- Coluna B: Inserir na coluna correspondente a pontuação total de cada município. Para tanto, utilizar a seguinte escala:
- Vermelho: total de 0 ponto;
- Laranja: total de 1 a 49 pontos;
- Amarelo: total de 50 a 85 pontos;
- Verde: total de 86 a 110 pontos;
- Azul: total de 111 a 120 pontos.
- Relatar a atividade do grupo. Cada relator terá cinco minutos para apresentar o relatório do grupo.

MATRIZ 1: AVALIAÇÃO DOS PRODUTOS DO PERÍODO DE DISPERSÃO

REGIÃO: _____

PRODUTOS (Coluna 1)	MUNICÍPIOS DA REGIÃO (Coluna 2)					
Identificação e estratificação de risco dos cidadãos com transtorno mental e dependência de álcool e/ou substâncias psicoativas residentes no território de responsabilidade de cada equipe de APS						
Programação local para a saúde mental, para cada equipe de APS, utilizando a planilha de programação disponibilizada pela SESA						
Elaboração de agenda para atendimento em saúde mental para cada equipe de APS						
TOTAL DE PONTOS						

MATRIZ 2: AVALIAÇÃO DOS PRODUTOS DE DISPERSÃO

MUNICÍPIO (Coluna a)	PONTUAÇÃO (Coluna b)				
	VERMELHO 0 pontos	LARANJA 1 a 49 pontos	AMARELO 50 a 85 pontos	VERDE 86 a 110 pontos	AZUL 111 a 120 pontos

4.3 Exposição: a saúde do idoso na APS

Objetivo:

- Compreender os dados demográficos e epidemiológicos relacionados à população idosa do estado do Paraná;
- Compreender aspectos relevantes relacionados ao envelhecimento e aos fundamentos que norteiam a saúde do idoso como capacidade funcional, autonomia, independência, comorbidades, fragilidade, autocuidado, participação da família no cuidado e o papel idoso na comunidade;
- Compreender a competência da APS na atenção ao idoso.

4.3.1 Texto de apoio

A SAÚDE DO IDOSO NA APS*

O envelhecimento pode ser definido como um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e ocorrência mais frequente de doenças, que terminam por levá-lo à morte. São considerados idosos indivíduos com idades a partir de 60 anos nos países em desenvolvimento e de 65 anos em países desenvolvidos. O limite de 60 anos foi adotado no Brasil e é considerado no Estatuto do Idoso e nas políticas brasileiras relacionadas ao envelhecimento.

O processo de envelhecimento populacional vem se dando de forma acelerada em todo o mundo. No Brasil, teve início na década de 1960, a partir do declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade.

O número de idosos em nosso país aumentou de 3 milhões, em 1960, para mais de 21 milhões em 2010. Da mesma forma, no Paraná, o envelhecimento populacional é uma realidade. O Censo 2010¹ mostrou que indivíduos com idades de 60 anos e mais já compunham 11,2% da população geral, com um contingente de 1.170.955 idosos, dos quais 54,1% do sexo feminino. Naquele ano, a expectativa de vida ao nascer era de 75,2 anos, sendo de 71,9 anos para homens e 78,6 anos para mulheres. Já aqueles que completavam 60 anos tinham ainda a expectativa de viver por mais 21,4 anos (homens, 20 anos; e mulheres, 22,8 anos)². Para cada grupo de 100 jovens com idades de até 15 anos, havia 49 idosos¹. Para 2012, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2012)³ estimou que a população idosa do Paraná fosse de 1.384.000 idosos, representando 12,93% da população total do estado, informação que demonstra a magnitude e a velocidade do envelhecimento populacional paranaense.

Além do aumento do número de idosos na população, temos vivido mudanças significativas no panorama epidemiológico, com predominância das doenças crônico-degenerativas sobre as doenças infecciosas que ainda subsistem, somando-se às questões relacionadas à violência. Entre idosos paranaenses, em 2012, as principais causas de internação foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo. As causas externas foram a quinta causa mais frequente de internações⁴. Quanto aos óbitos, as causas mais frequentes em 2012 foram as doenças cardiovasculares, seguidas pelas neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas⁵.

* Texto elaborado por Adriane Miró Vianna Benke Pereira

O envelhecimento populacional tem trazido importante carga aos sistemas de saúde, pois os idosos consomem mais e mais caros medicamentos e procedimentos, suas internações são mais frequentes e costumam ser mais prolongadas. Estima-se que esse segmento etário seja responsável por 35 a 40% dos custos totais de saúde. No Paraná, em 2013, os idosos foram responsáveis por 26,5% das internações hospitalares, o que correspondeu a 34,3% dos custos totais com este tipo de procedimento⁶.

A população idosa é heterogênea e tem características e necessidades de cuidados particulares. Diversas são as modificações que ocorrem no organismo que envelhece e elas necessitam ser conhecidas para que se possam diferenciar as alterações normais do envelhecimento (senescência) daquelas associadas ao envelhecimento patológico (senilidade). O desconhecimento dessas particularidades pode induzir tanto tratamentos fúteis, por se considerarem aspectos próprios do envelhecimento como indicadores de doenças, como também negligências, por se considerarem sinais e sintomas importantes como normais em idosos.

A saúde do idoso resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida reflete a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios. O comprometimento de qualquer uma das dimensões citadas pode afetar a capacidade funcional (capacidade de manter-se independente e autônomo) do idoso, que passa a ser o paradigma da saúde geriátrica.

A ocorrência de múltiplas doenças crônicas simultaneamente (pluripatologia) é muito frequente e implica no envolvimento de diversos profissionais e na utilização de vários medicamentos (polifarmácia), facilitando a ocorrência de iatrogenias, que são intervenções inadequadas realizadas por profissionais da saúde por desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento, causadoras de prejuízo à saúde.

As doenças podem se manifestar de maneira atípica e há condições que, por serem tão comuns na população idosa, foram denominadas de Gigantes da Geriatria: Instabilidade Postural e Quedas, Incontinência (urinária e fecal), Incapacidade Cognitiva (demência, *delirium*, depressão e doença mental), Imobilidade e Úlceras de Pressão e Iatrogenia. Virtualmente, qualquer agravo à saúde do idoso pode se manifestar como ou determinar o surgimento de uma ou mais dessas grandes síndromes geriátricas. Essas condições são multifatoriais, associam-se à perda da independência e da autonomia e têm manejo complexo. A família é outro elemento fundamental para o bem-estar biopsicosocial do idoso e sua ausência (Insuficiência Familiar) é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e de independência do idoso. A capacidade comunicativa (que depende da integridade de visão, audição e motricidade orofacial) é outro dos determinantes da funcionalidade global. Assim, atualmente, sugere-se que a Insuficiência Familiar e a Incapacidade Comunicativa sejam incorporadas às grandes síndromes geriátricas⁷.

Fragilidade, incapacidade e dependência são conceitos fundamentais em saúde do idoso. A fragilidade pode ser definida como a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação do indivíduo às agressões biopsicosociais, com maior

vulnerabilidade a desfechos indesejáveis como declínio funcional, incapacidade, dependência, necessidade de institucionalização e morte. Resulta do acúmulo progressivo de deficiências nos sistemas fisiológicos, suficientes para o desenvolvimento de condições crônicas de saúde preditoras de declínio funcional (risco de fragilização) ou de declínio funcional estabelecido (dependência funcional). A fragilidade deve ser identificada precocemente para que sejam possíveis a prevenção da incapacidade e a promoção da qualidade de vida no envelhecimento. A dependência ou incapacidade funcional é a dificuldade para a realização de tarefas essenciais para uma vida independente, incluindo as atividades de autocuidado e as domiciliares, com necessidade da ajuda de outra pessoa.

Outro conceito que vem sendo a cada dia mais valorizado na atenção geriátrica é a sarcopenia, que se refere à redução da massa e força muscular associada ao envelhecimento. Foco de inúmeras pesquisas na atualidade, é tida como uma das principais causas de fragilidade e se associa à incapacidade e ao aumento da morbidade e da mortalidade.

Ainda, pelas próprias características da faixa etária, no envelhecimento são mais comuns as doenças terminais e a necessidade do paliativismo.

Do exposto fica claro que os sistemas de saúde terão, cada vez mais, que atender a um usuário diferente: mais idoso, com fisiologia, apresentação clínica e patologias particulares, que passa mais tempo enfermo, com comorbidades, polimedicado, com grande potencial de incapacitar-se diante de um problema de saúde e com maiores necessidades de serviços de reabilitação e cuidados paliativos.

Embora o envelhecimento populacional indique o sucesso de políticas públicas de saúde, econômicas e sociais, ele traz inúmeros desafios para todas as

áreas. No campo da saúde, cabe garantir o envelhecimento ativo, com qualidade de vida, independência e autonomia, prevenindo ou postergando ao máximo o surgimento das incapacidades e da dependência, o que implica na necessidade urgente de reconhecimento precoce da fragilidade e na adoção de intervenções que possam preveni-la ou revertê-la. Para isso, a atenção primária em saúde assume papel crítico, pois, sendo a frente da atenção à saúde, pela proximidade e pela acessibilidade, oferece ao idoso a possibilidade de contatos regulares e do cuidado contínuo e prolongado de que ele necessita. Sob o enfoque dos ciclos de vida, a APS se apresenta também como cenário fundamental para a implementação de ações que, desde etapas precoces da vida, contribuam para o envelhecimento saudável e ativo. Há que se garantir que a APS seja acessível e adaptada às necessidades de saúde dessa população, o que será possível através da capacitação e do treinamento das equipes de saúde para o atendimento integral dos idosos considerando as peculiaridades de sua saúde; da adaptação dos procedimentos administrativos às suas necessidades, o que envolve a possibilidade da presença de baixos níveis educacionais e declínio cognitivo; e da facilitação do acesso físico, atendendo àqueles que apresentem limitações de mobilidade ou déficits auditivos e visuais⁸.

A Atenção Primária é a coordenadora e ordenadora do cuidado em todos os ciclos de vida. No idoso, ela assume um papel extremamente relevante na estratificação de risco e, conseqüentemente, no reconhecimento daquele que necessita de atenção diferenciada. Cabe a ela a desmistificação de tudo aquilo que é atribuído ao envelhecimento por si, de forma a garantir que os problemas de saúde da pessoa idosa, particularmente as incapacidades, não sejam atribuídos a “problemas da idade”. Além disso, os

profissionais da Atenção Primária à Saúde devem ser proativos na identificação dos riscos e na implementação das estratégias necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde da pessoa idosa. A implantação da Rede da Pessoa Idosa foi definida no Plano Estadual de Saúde, como uma das redes prioritárias no Paraná. Considerando a necessidade de preparar as equipes da atenção primária para a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a adoção da estratificação de risco para a organização da atenção ao idoso, iniciamos, neste 9º Módulo do APSUS, o processo de capacitação de nossas equipes com foco na identificação do idoso vulnerável, a fim de garantir o cuidado de que ele necessita.

5. ROTEIRO DAS ATIVIDADES: SEGUNDO DIA

5.1 Saudação

Objetivos:

- Saudar os participantes;
- Pactuar os compromissos com os participantes.

5.2 Exposição: a avaliação multidimensional do idoso e a estratificação de risco.

Objetivo: compreender os fundamentos da avaliação multidimensional do idoso, os critérios e a metodologia para a estratificação de risco do idoso.

5.2.1 Texto de apoio

A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO**

A avaliação multidimensional do idoso é o processo diagnóstico utilizado para avaliar sua saúde.

A maioria dos idosos apresenta doenças ou condições crônicas de saúde, mas nem por isso é incapaz de gerir suas vidas e desempenhar suas atividades e papéis sociais. Um idoso é considerado saudável quando é capaz de funcionar sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo sendo portador de doenças. Assim, saúde pode ser definida como uma medida da capacidade de realização das aspirações e da satisfação de necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças. A **funcionalidade global** ou **capacidade funcional**, definida como a capacidade de gerir a própria vida (**autonomia**) ou cuidar de si mesmo (**independência**), é a base do conceito de saúde para o idoso, devendo ser o ponto de partida para qualquer avaliação^{7,9}.

A independência e a autonomia nas atividades de vida diária estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso das seguintes grandes funções ou domínios^{7,9}:

- **Cognição:** é a capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano.
- **Humor/Comportamento:** é a motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social. Inclui também o comportamento do indivíduo, que é afetado pelas outras funções mentais, como sensopercepção, pensamento e consciência.
- **Mobilidade:** é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio. Por sua vez, a mobilidade depende de quatro subdomínios funcionais: as capacidades aeróbica e muscular (massa e função), o alcance/preensão/pinça (membros superiores) e a marcha/postura/transferência. A continência esfincteriana é também considerada um subdomínio da mobilidade, pois a sua ausência (incontinência esfincteriana) é capaz de interferir na mobilidade e restringir a participação social do indivíduo.

** Texto elaborado por Adriane Miró Vianna Benke Pereira

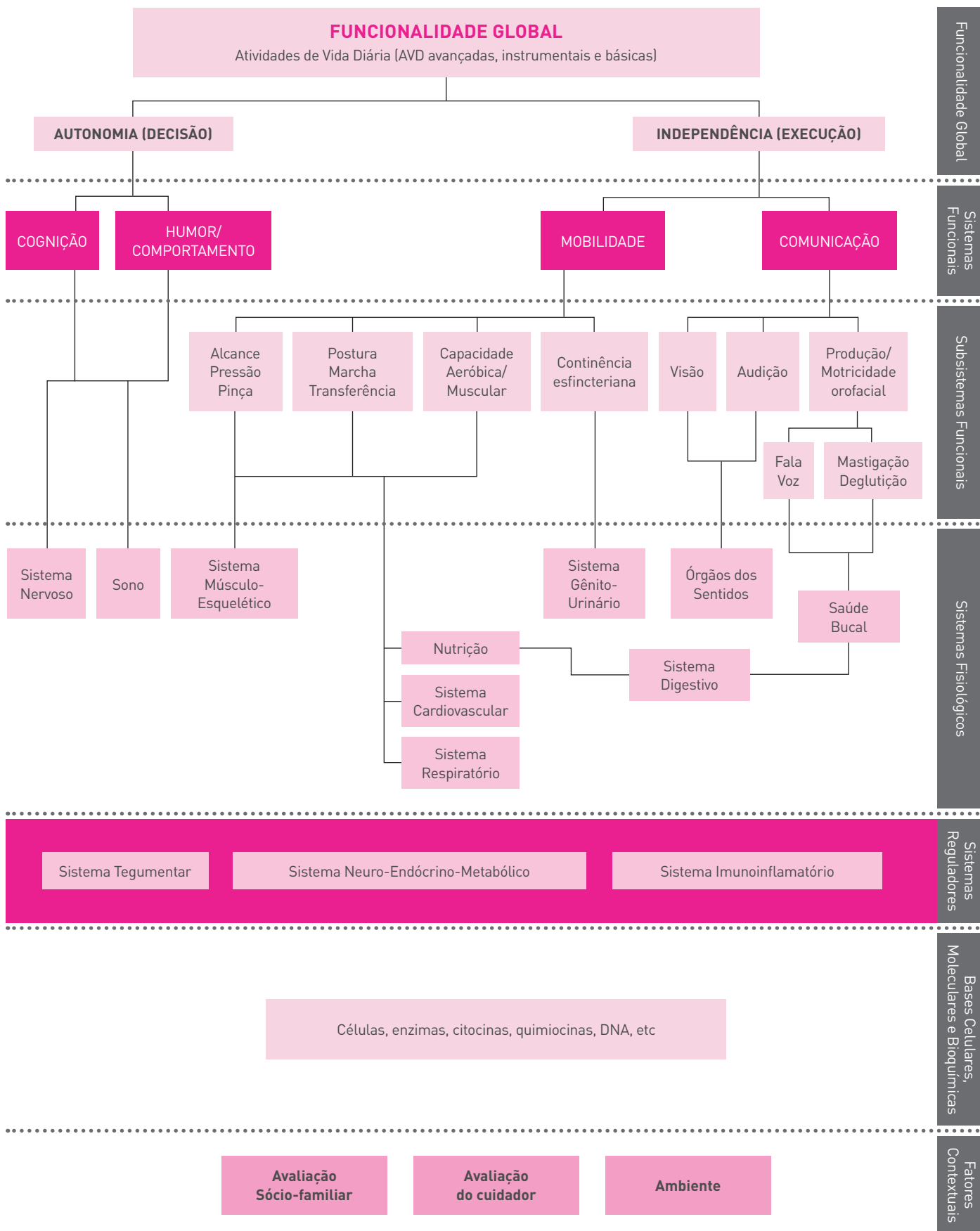
• **Comunicação:** é a capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial. Esta última é representada pela voz, fala e mastigação/deglutição.

O comprometimento desses sistemas, revelado por incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência esfincteriana, imobilidade e incapacidade comunicativa, resulta em perda da independência e/ou autonomia e isso não deve ser atribuído ao envelhecimento normal, mas sim à presença dessas incapacidades funcionais, resultantes do acúmulo de condições adversas de saúde. Sua existência aumenta a complexidade do manejo clínico, trazendo maior risco de iatrogenia e maior demanda de cuidados de longa duração, usualmente realizados pela família, que, na maioria das vezes, não se encontra preparada para essa nova função. Quando os recursos de várias ordens faltam à família para esse cuidado, estabelece-se a insuficiência familiar. Tais incapacidades podem ocorrer de forma isolada ou associada e podem ser agrupadas como as “grandes síndromes geriátricas”, pois todas têm o envelhecimento como principal fator de risco^{7,9}.

Logo, conforme indica a Figura 1, a avaliação da saúde do idoso deve ser abrangente e multidimensional, contemplando a coleta de informações sobre todas as condições capazes de interferir na manutenção da autonomia e na independência do idoso (funcionalidade global ou capacidade funcional): atividades de vida diária (avançadas, instrumentais e básicas), sistemas funcionais (cognição, humor, mobilidade e comunicação), sistemas fisiológicos (nutrição, saúde bucal, sono, sistemas cardiovascular, respiratório,

digestivo, geniturinário, músculo-esquelético e nervoso), sistemas fisiológicos reguladores (sistema tegumentar, endócrino-metabólico e imunoinflamatório), uso de medicamentos, história pregressa e fatores contextuais (avaliação sócio-familiar, do cuidador e do ambiente)^{7,9}.

**FIGURA 1:
INTEGRALIDADE DA SAÚDE DO IDOSO E A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL**



Fonte da ilustração: adaptado da referência 11.

Classicamente, é necessária a aplicação de diversos instrumentos de avaliação funcional e de avaliações específicas realizadas pela equipe interdisciplinar (idealmente constituída, além do profissional médico, por neuropsicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, farmácia, nutrição, serviço social e enfermagem), sendo necessários, muitas vezes, exames complementares mais sofisticados. Independentemente de quem a faça, toda avaliação de saúde do idoso deve ser multidimensional, podendo variar o grau de aprofundamento na investigação das diversas dimensões da saúde, de acordo com as especificidades da formação do avaliador, da condição de saúde da pessoa idosa e do nível assistencial no qual se dá a avaliação. Casos mais complexos exigem que o avaliador detenha um conhecimento maior em determinados instrumentos. Por sua vez, casos mais simples podem ser avaliados sem a utilização de todos os instrumentos indicados para aquele domínio funcional^{7,9}.

A avaliação multidimensional do idoso, também chamada avaliação geriátrica ampla, é considerada como o padrão-ouro para o manejo da fragilidade do idoso e diversas evidências tem demonstrado sua efetividade tanto em relação a custos para o sistema como para os resultados de saúde para o paciente. É um processo que demanda tempo e equipe capacitada e sua realização não é indicada para todos os idosos indiscriminadamente, mas para aqueles que apresentam algum grau de fragilidade. Esses idosos devem ser identificados e ter seu atendimento priorizado. Para isso, diferentes instrumentos de rastreio estão disponíveis, alguns validados para uso no Brasil. Com essa finalidade, o Ministério da Saúde incluiu na nova Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa¹⁰, recentemente lançada, o instrumento denominado

Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (*Vulnerable Elders Survey – VES 13*)^{11,12}.

Nossa proposta é de que o VES-13 seja aplicado pelos agentes comunitários de saúde e/ou técnicos de enfermagem previamente treinados e supervisionados pelo enfermeiro da unidade de saúde e que, na presença de sinais de alerta para fragilidade, o idoso seja submetido a uma avaliação multidimensional mais detalhada na Atenção Primária à Saúde, pelo médico e equipe, utilizando instrumentos mais específicos para os domínios funcionais. Caso ainda persistam dúvidas diagnósticas, o idoso deverá ser encaminhado para atenção secundária. Alguns casos poderão necessitar de avaliação específica da equipe interdisciplinar geriátrico-gerontológica.

O VES-13 é o instrumento a ser discutido neste 9º Módulo do APSUS e será apresentado no próximo segmento. Os instrumentos e a metodologia de trabalho para a avaliação multidimensional do idoso na Atenção Primária à Saúde pelo médico, enfermeiro e equipe disponível e na atenção secundária serão discutidos futuramente em novas capacitações.

5.2.2 Texto de apoio

O INSTRUMENTO PARA RASTREIO DO IDOSO VULNERÁVEL ***

Protocolo de identificação do idoso vulnerável Vulnerable elders survey (VES-13)

O *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) ou Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável^{11,12,13}, apresentado no Quadro 1, é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com ênfase nos dados referentes a idade,

*** Texto elaborado por Edgar Nunes de Moraes.

autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. O idoso vulnerável foi definido como aquele indivíduo que tem risco de declínio funcional ou morte em dois anos. O questionário é simples e de fácil aplicação, pode ser respondido pelo paciente ou pelos familiares/cuidadores, inclusive por telefone, dispensando a observação direta do paciente. Sua aplicação não exige o uso de dados administrativos ou de sistemas operacionais complexos ou informações médicas específicas, como doenças, medicamentos ou exames laboratoriais. Baseia-se na avaliação das habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano. A duração média da aplicação do questionário é de quatro a cinco minutos e ele pode ser aplicado por qualquer profissional da área da saúde. Foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa e mostrou-se um instrumento confiável no que diz respeito à estabilidade e à consistência interna de suas medidas^{12, 13}. É composto por 13 itens, cada item recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de zero a dez pontos. Pontuação igual ou superior a três significa um risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, quando comparado com idosos com pontuação menor ou igual a dois, independentemente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes.

QUADRO 1: PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL / VULNERABLE ELDER'S SURVEY (VES-13)							
1. IDADE						75 a 84 anos	1
						≥ 85 anos	3
2. AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:						Excelente	0
						Muito boa	0
						Boa	0
						Regular	1
						Ruim	1
3. LIMITAÇÃO FÍSICA Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: Pontuação: 1 Ponto para cada resposta "muita dificuldade*" ou "incapaz de fazer*" nas questões 3a até 3f <u>considerar no máximo 2 pontos.</u>			Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (alguma) dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer* (Não consegue fazer)
	a. Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se?		()	()	()	()*	()*
	b. Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg?		()	()	()	()*	()*
	c. Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?		()	()	()	()*	()*
	d. Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?		()	()	()	()*	()*
	e. Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?		()	()	()	()*	()*
	f. Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?		()	()	()	()*	()*
4. INCAPACIDADES Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para: Pontuação: Considerar 4 pontos para uma ou mais respostas "sim*". Nas questões 4a até 4e, <u>considerar no máximo 4 pontos.</u>	a. Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?						
	() SIM (Você recebe ajuda para fazer compras?)					() SIM*	() NÃO
	() NÃO						
	() NÃO FAÇO COMPRAS (Isso acontece por causa de sua saúde?)					() SIM*	() NÃO
	b. Lidar com dinheiro (como controlar suas despesas, gastos ou pagar contas)?						
	() SIM (Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?)					() SIM*	() NÃO
	() NÃO						
	() NÃO LIDO COM DINHEIRO (Isso acontece por causa de sua saúde?)					() SIM*	() NÃO
	c. Atravessar o quarto andando ou caminhar pela sala?						
	() SIM (Você recebe ajuda para andar?)					() SIM*	() NÃO
	() NÃO						
	() NÃO ANDO (Isso acontece por causa de sua saúde?)					() SIM*	() NÃO
	d. Realizar tarefas domésticas leves (como lavar pratos, arrumar a casa ou fazer limpeza leve)?						
	() SIM (Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?)					() SIM*	() NÃO
	() NÃO						
() NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES (Isso acontece por causa de sua saúde?)					() SIM*	() NÃO	
e. Tomar banho de chuveiro ou banheira?							
() SIM (Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?)					() SIM*	() NÃO	
() NÃO							
() NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA (Isso acontece por causa de sua saúde?)					() SIM*	() NÃO	
MAIA F.O.M. et al. <i>Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuição para a identificação de idosos vulneráveis.</i> Rev Esc Enferm USP, v.46 (Esp), p.116-22, 2012.							
LUZ L.L. et al. <i>Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o português.</i> Cad. Saúde Pública, n.29, p.621-628, 2013.							
SALIBA, D., et al. <i>The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community.</i> J. Am. Geriatr. Soc., New York, v. 49, p.1691-1699, 2001.							

5.2.3 Manual de aplicação e interpretação do VES-13 ****

A aplicação de qualquer questionário padronizado exige que o entrevistador esteja bem treinado para passar segurança ao usuário e garantir a fidedignidade das respostas. Assim, os quatro itens e as 13 perguntas do VES-13 devem ser abordados da seguinte forma:

ITEM 1: IDADE

Como perguntar:

O avaliador deverá perguntar para a pessoa idosa da seguinte forma:

- *Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem?*
- *Qual é a sua idade?*

Como pontuar:

- Se o idoso tem de 60 a 74 anos, pontuar zero;
- Se o idoso tem de 75 a 84 anos, pontuar com um ponto;
- Se o idoso tem 85 anos ou mais, pontuar com três pontos.

O que está sendo avaliado:

- A idade é o principal fator de risco para o desenvolvimento de incapacidades e óbito. Idosos com 85 anos ou mais são considerados vulneráveis somente pela faixa etária, pois as alterações associadas com o envelhecimento por si só estão associadas à maior vulnerabilidade.

ITEM 2: AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE

Como perguntar:

O avaliador deverá perguntar para a pessoa idosa da seguinte forma:

- *Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *Comparado com outras pessoas da sua idade, como é sua saúde?*
- *Comparado com outras pessoas da mesma idade que o(a) Sr.(a), como acha que sua saúde está? Excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?*
- *O(a) Sr.(a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?*

Se a pessoa idosa continuar com dificuldade para responder, o avaliador pode fragmentar a pergunta, sem induzir a nenhuma resposta, utilizando o seguinte critério:

- *Se o idoso responder que sua saúde está mais ou menos, o avaliador pode perguntar se é “mais para mais” ou “mais para menos”. Se o idoso responder “mais para mais”, o avaliador, então, pergunta apenas se está boa, muito boa ou excelente.*

Como pontuar:

- Pontuar apenas se a resposta for REGULAR OU RUIM com um ponto para ambas as respostas.

O que está sendo avaliado:

- Avalia a autopercepção da saúde, que representa um bom indicador de morbimortalidade em idosos.

ITEM 3: LIMITAÇÃO FÍSICA

Letra A

Como perguntar:

- *Em média, quanta dificuldade você tem para se curvar, agachar ou ajoelhar?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *Quanta dificuldade você tem para se curvar, agachar ou ajoelhar?*

**** Manual elaborado por Edgar Nunes de Moraes.

- *O(a) Sr.(a) tem dificuldade em curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se?*
- *Se precisar pegar algum objeto que caiu no chão, o(a) Sr.(a) consegue agachar-se para pegá-lo?*
- *O(a) Sr.(a) consegue ajoelhar-se na igreja ou durante a missa?*

Como pontuar:

- Se o idoso relatar que o faz sem nenhuma dificuldade, finalizar a pergunta (marcar na coluna de “nenhuma dificuldade”).
- Se o idoso relatar alguma dificuldade, o avaliador deverá investigar melhor perguntando:
O(a) Sr.(a) apresenta pouca, média ou muita dificuldade?
- Se o idoso relatar que é incapaz de fazer ou que não consegue, finalizar a pergunta (marcar na coluna de “incapaz de fazer”).
- O idoso só recebe um ponto nessa pergunta se responder “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer”. As demais respostas não são pontuadas.

O que está sendo avaliado:

- A amplitude de movimento e a flexibilidade da coluna e dos joelhos.

Letra B

Como perguntar:

- *Em média, quanta dificuldade você tem para levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *Quanta dificuldade o (a) Sr. (a) tem para levantar ou carregar objetos de mais ou menos 5kg?*
- *O(a) Sr.(a) tem alguma dificuldade para levantar ou carregar pesos maiores que 5 kg, como uma sacola de compras pesada ou um saco de arroz?*

Como pontuar:

- Só pontuar se o idoso responder “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer” (um ponto). As demais respostas não são pontuadas.

O que está sendo avaliado:

- A força do paciente.

Letra C

Como perguntar:

- *Em média, quanta dificuldade você tem para elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *Quanta dificuldade o(a) Sr.(a) tem para alcançar ou estender os braços acima dos ombros?*
- *O(a) Sr.(a) tem dificuldade para estender seus braços acima dos ombros, pentear o cabelo, pegar alguma coisa no alto?*

Como pontuar:

- Só pontuar se o idoso responder “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer” (um ponto). As demais respostas não são pontuadas.

O que está sendo avaliado:

- A mobilidade referente aos membros superiores: a amplitude de movimento e a flexibilidade do ombro. A movimentação do ombro é fundamental para as atividades de alcance.

Letra D

Como perguntar:

- *Em média, quanta dificuldade você tem para escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *Quanta dificuldade o(a) Sr.(a) tem para escrever, manusear ou agarrar objetos pequenos?*
- *O(a) Sr.(a) tem dificuldade de pegar uma moeda em cima de mesa, ou um botão, ou um prego?*

Como pontuar:

- Só pontuar se o idoso responder “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer” (um ponto). As demais respostas não são pontuadas.

O que está sendo avaliado:

- A mobilidade referente aos membros superiores: capacidade de pinça, fundamental para a manipulação de objetos pequenos.

Letra E**Como perguntar:**

- *Em média, quanta dificuldade você tem para andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *Quanta dificuldade o(a) Sr.(a) tem para caminhar 400 metros?*
- *O(a) Sr.(a) tem dificuldade para caminhar várias ruas ou andar quatro quarteirões?*

Como pontuar:

- Só pontuar se o idoso responder “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer” (um ponto). As demais respostas não são pontuadas.

O que está sendo avaliado:

- A mobilidade referente aos membros inferiores (marcha e capacidade aeróbica).

Letra F**Como perguntar:**

- *Em média, quanta dificuldade você tem para fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *Quanta dificuldade o(a) Sr.(a) tem para realizar trabalho de casa pesado, como esfregar pisos ou limpar janelas?*

- *O(a) Sr.(a) tem dificuldade para realizar tarefas domésticas mais pesadas, como lavar roupas, limpar o chão, limpar o banheiro, etc.?*

Como pontuar:

- Só pontuar se o idoso responder “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer” (um ponto). As demais respostas não são pontuadas. Não deve haver pontuação caso a limitação relatada pelo paciente seja consequência de problemas na cognição, humor ou comunicação.

O que está sendo avaliado:

- A força e a resistência muscular, além da capacidade aeróbica.

ITEM 4: INCAPACIDADES

Este item é fundamental para a avaliação da presença de **DECLÍNIO FUNCIONAL**, principalmente nas atividades de vida diária instrumentais. O entrevistador deve sempre confirmar as respostas com algum familiar ou acompanhante que conviva com o paciente. A ênfase maior é avaliar se houve declínio na realização daquela atividade, ou seja, se o paciente conseguia fazer a atividade anteriormente e agora não consegue mais.

Letra A**Como perguntar:**

- *Por causa de sua saúde ou condição física, você tem dificuldade para fazer compras de itens pessoais, como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *O(a) Sr.(a) tem dificuldade para fazer compras de alimentos ou de produtos de higiene pessoal ou medicamentos?*
- *O(a) Sr.(a) recebe ajuda de alguém para fazer essas compras?*

Como pontuar:

- A resposta negativa – NÃO – confirma a ausência de declínio funcional (pontuação zero). A resposta será considerada positiva para a presença de declínio funcional se o idoso confirmar que recebe ajuda para fazer compras (quatro pontos). Alguns idosos podem responder “NÃO FAÇO COMPRAS”. Essa resposta deverá ser complementada com outra pergunta: “*Isso acontece por causa de sua saúde?*”. Se o idoso responder que sim, isso indica declínio funcional e a resposta será pontuada com quatro pontos.

O que está sendo avaliado:

- A presença de declínio funcional. Atenção para os idosos que nunca fizeram a atividade, por questões culturais ou de gênero. Usualmente, as tarefas domésticas são realizadas pelas mulheres, enquanto o controle do dinheiro é feito pelos homens. O que importa é se houve declínio na realização da atividade.

Letra B**Como perguntar:**

- *Por causa de sua saúde ou condição física, você tem dificuldade para lidar com dinheiro?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *O(a) Sr.(a) tem dificuldade para cuidar do próprio dinheiro, pagar as contas, saber quanto tem?*
- *O(a) Sr.(a) recebe ajuda de alguém para cuidar do próprio dinheiro?*

Como pontuar:

- A resposta negativa – NÃO – confirma a ausência de declínio funcional (pontuação zero). A resposta será considerada positiva para a presença de declínio funcional se o idoso confirmar que recebe ajuda para lidar com dinheiro (quatro pontos). Alguns idosos podem responder “NÃO LIDO COM DINHEIRO”. Essa resposta deverá ser complementada com outra pergunta: “*Isso acontece por causa de sua*

saúde?”. Se o idoso responder que sim, isto indica declínio funcional e a resposta será pontuada com quatro pontos.

O que está sendo avaliado:

- A presença de declínio funcional. Atenção para os idosos que nunca fizeram a atividade, por questões culturais ou de gênero. Usualmente, as tarefas domésticas são realizadas pelas mulheres, enquanto o controle do dinheiro é feito pelos homens. O que importa é se houve declínio na realização da atividade.

Letra C**Como perguntar:**

- *Por causa de sua saúde ou condição física, você tem dificuldade para atravessar o quarto andando ou caminhar pela sala?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *O(a) Sr.(a) tem dificuldade de atravessar o quarto caminhando ?*
- *O(a) Sr.(a) recebe ajuda de alguém para andar?*

Como pontuar:

- A resposta negativa – NÃO – confirma a ausência de declínio funcional (pontuação). A resposta será considerada positiva para a presença de declínio funcional se o idoso confirmar que recebe ajuda para andar (quatro pontos). Alguns idosos podem responder “NÃO ANDO”. Essa resposta deverá ser complementada com outra pergunta: “*Isso acontece por causa de sua saúde?*”. Se o idoso responder que sim, isso indica declínio funcional e a resposta será pontuada com quatro pontos. É pouco provável que se encontre um idoso que não ande mais devido a outro motivo que não esteja associado a declínio funcional.

O que está sendo avaliado:

- A presença de declínio funcional.

Letra D**Como perguntar:**

- *Por causa de sua saúde ou condição física, você tem dificuldade para realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou arrumar a casa?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *O(a) Sr.(a) tem dificuldade para realizar tarefas domésticas leves, tais como arrumar a cama, tirar pó dos móveis?*
- *O(a) Sr. (a) recebe ajuda de alguém para essas tarefas domésticas leves?*

Como pontuar:

- A resposta negativa – NÃO – confirma a ausência de declínio funcional (pontuação zero). A resposta será considerada positiva para a presença de declínio funcional se o idoso confirmar que recebe ajuda para tarefas domésticas leves (quatro pontos). Alguns idosos podem responder “NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES”. Essa resposta deverá ser complementada com outra pergunta: “*Isso acontece por causa de sua saúde?*”. Se o idoso responder que sim, isso indica declínio funcional e a resposta será pontuada com quatro pontos.

O que está sendo avaliado:

- A presença de declínio funcional. Atenção para os idosos que nunca fizeram a atividade, por questões culturais ou de gênero. Usualmente, as tarefas domésticas são realizadas pelas mulheres, enquanto o controle do dinheiro é feito pelos homens. O que importa é se houve declínio na realização da atividade.

Letra E**Como perguntar:**

- *Por causa de sua saúde ou condição física, você tem dificuldade para tomar banho de chuveiro ou banheira?*

A pergunta poderá ser explicada da seguinte forma:

- *O(a) Sr.(a) tem dificuldade para tomar banho (incluindo entrar ou sair da banheira)?*
- *O(a) Sr.(a) recebe ajuda de alguém para tomar banho?*

Como pontuar:

- A resposta negativa – NÃO – confirma a ausência de declínio funcional (pontuação zero). A resposta será considerada positiva para a presença de declínio funcional se o idoso confirmar que recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira (quatro pontos). Alguns idosos podem responder “NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA”. Essa resposta deverá ser complementada com outra pergunta: “*Isso acontece por causa de sua saúde?*”. Se o idoso responder que sim, isso indica declínio funcional e a resposta será pontuada com quatro pontos. É pouco provável que se encontre um idoso que não consiga mais tomar banho sozinho devido a outro motivo que não esteja associado a declínio funcional.

O que está sendo avaliado:

- A presença de declínio funcional. Nesse caso, o declínio funcional é mais significativo, pois já está comprometendo atividades de vida diária básicas.

ATENÇÃO

A SOMA TOTAL DESTE ITEM NÃO PODE ULTRAPASSAR QUATRO PONTOS.

Por exemplo: se o paciente não consegue fazer nenhuma das tarefas perguntadas, ele será pontuado em todas elas, mas a soma total não poderá exceder quatro pontos.

5.2.4 Texto de apoio****

A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA A SAÚDE DO IDOSO

Inicialmente o VES-13 classifica os idosos em dois grupos: Vulneráveis (VES-13 \geq 3) e Não Vulneráveis (VES-13 $<$ 3). No entanto, ficou demonstrado que o aumento na pontuação obtida com a aplicação do VES-13 tem uma relação linear com o risco de declínio funcional e óbito, de forma que o acréscimo de cada ponto no VES-13 aumenta o risco de morte e de declínio funcional em 1,37 vezes (IC 1,25 a 1,50)¹⁴. Com base nessa observação, adotamos para fins operacionais, a estratificação que considera, além do grupo dos idosos robustos (VES-13 \leq 2), dois subgrupos de idosos vulneráveis: três a seis pontos (risco moderado ou em risco de fragilização) e sete ou mais pontos (risco elevado ou frágil), conforme apresentado no Quadro 2:

QUADRO 2: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E GRAU DE FRAGILIDADE DA SAÚDE DO IDOSO DE ACORDO COM ESCORES OBTIDOS COM APLICAÇÃO DO VES-13.

ESTRATIFICAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO		VES-13
RISCO	GRAU DE FRAGILIDADE	
Baixo	Idoso robusto	\leq 2
Médio	Idoso em risco de fragilização	3 a 6
Alto	Idoso frágil	\geq 7

De acordo com a pontuação obtida com a aplicação do VES-13, os idosos serão estratificados em três categorias de risco para fragilidade:

Idoso robusto: VES-13 \leq 2

É o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma. Não apresenta incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada

a maior vulnerabilidade. O foco das intervenções é a manutenção da autonomia e a independência do indivíduo através de medidas de promoção da saúde, prevenção primária, prevenção secundária e manejo clínico adequado das doenças, conforme estabelecido nas *guidelines* de doenças específicas, considerando as particularidades da saúde da população idosa.

Idoso em risco de fragilização: VES-13 3 a 6

É o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, mas que, todavia, encontra-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como: evidências de sarcopenia (redução da massa e da força muscular); presença de comorbidades múltiplas ou polipatologia (presença simultânea de cinco ou mais condições crônicas de saúde, acometendo sistemas fisiológicos diferentes) ou polifarmácia (uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes); história de internações recentes (com intervalos de menos de seis meses) e/ou pós-alta hospitalar; insuficiência familiar, pois a perda do suporte familiar e/ou social está associada a um maior risco de declínio funcional. O foco das intervenções é prevenir o declínio funcional através da abordagem adequada da polipatologia e da polifarmácia, com ênfase nas seguintes intervenções, por ordem de importância: suspensão de drogas inapropriadas, definição de metas terapêuticas individualizadas, priorização dos cuidados, diagnóstico e tratamento das condições de saúde subdiagnosticadas

**** Proposta elaborada pela equipe da Saúde do Idoso/SESA-PR e consultores.

e/ou subtratadas, reabilitação, prevenção secundária e primária.

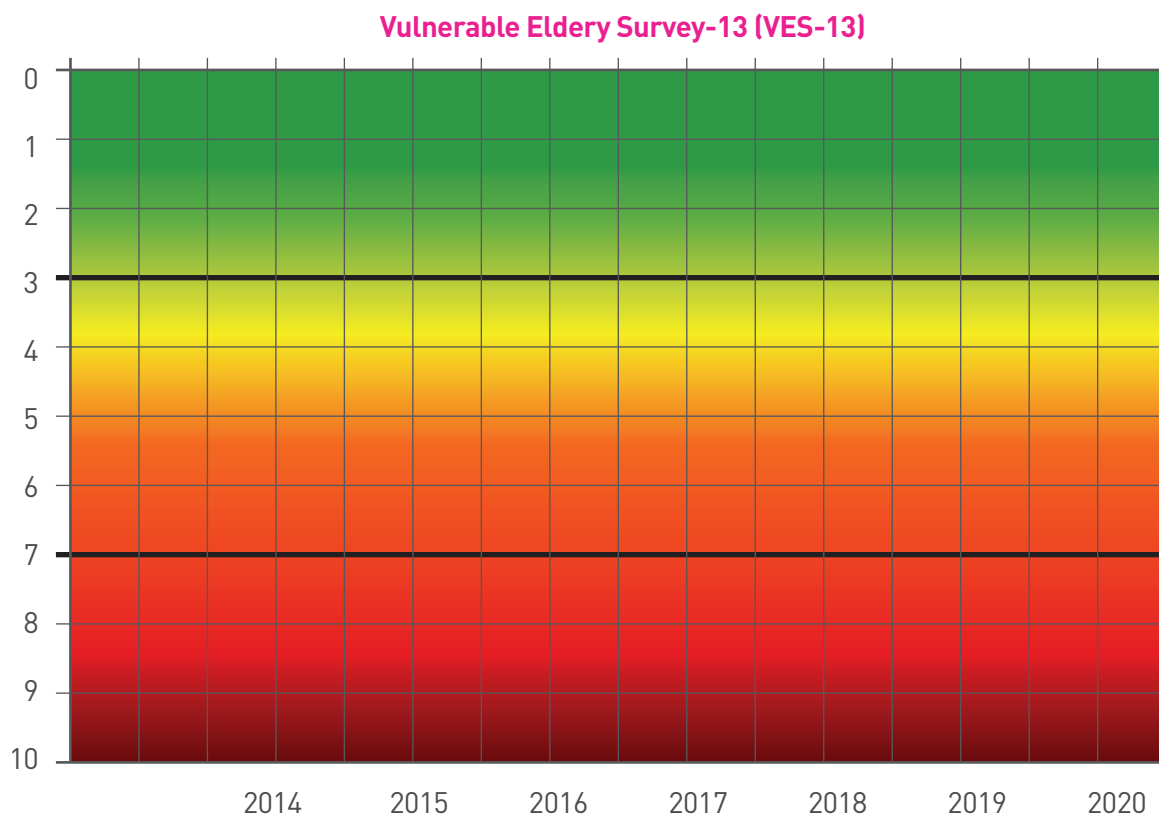
Idoso frágil: VES 13 \geq 7

É o idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas. O foco das intervenções é a recuperação da autonomia e da independência do indivíduo.

É importante ressaltar que o grau de fragilidade não é estático, pois pode ter piora ou melhora ao longo do tempo. Embora tenhamos como objetivo, neste momento, a identificação dos idosos frágeis ou em risco de fragilização nas áreas de

abrangência dos diferentes territórios de saúde, é importante informar que a aplicação do instrumento, aliada à avaliação das demais dimensões da saúde dos idosos, deverá ocorrer periodicamente na APS, visando a identificação do estado de risco ou de fragilidade do idoso e a adoção de ações preventivas, curativas ou reabilitadoras pertinentes em cada caso com a maior brevidade possível, a fim de oferecer a esses indivíduos a oportunidade de manutenção da sua funcionalidade e qualidade de vida pelo maior tempo possível. Para isso, conforme sugere o prof. Edgar Nunes de Moraes, poderá ser utilizado registro em gráfico, conforme apresentado na Figura 2.

FIGURA 2
GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DO GRAU DE FRAGILIDADE DO IDOSO.



Fonte: Moraes, 2014.

5.3 Estudo de caso: a estratificação de risco do idoso

Objetivo: possibilitar aos participantes o exercício da estratificação de risco e da aplicação do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13).

5.3.1 Atividade em grupo: orientação

- Retornar aos grupos, eleger um coordenador e um relator.
- Ler os textos de apoio – “O instrumento para rastreio do idoso vulnerável” e “A estratificação de risco para a saúde do idoso”.
- Ler os casos A e B.
- Estratificar o risco dos casos A e B aplicando o VES-13.
- Relatar em plenário a atividade. Cada relator terá no máximo cinco minutos para apresentação.

5.3.2 Caso A

Trata-se de M. R. S., 82 anos, viúva, branca, baixa escolaridade (dois anos), residente na área de abrangência da Unidade de Saúde Santa Terezinha. A família procurou o centro de saúde afirmando que a “saúde da mãe estava muito mal” e relatando um histórico de esquecimento de cerca de quatro anos. No início, os familiares perceberam dificuldade para lembrar nomes, recados e notaram que a idosa estava repetitiva, contando os mesmos casos e fazendo as mesmas perguntas várias vezes. O agente comunitário percebeu que o “esquecimento” fez com que ela deixasse de fazer várias atividades do cotidiano, como sair sozinha, cuidar da casa e fazer compras no mercado, pois já não reconhecia o dinheiro. O quadro foi considerado “normal da idade” e foi prescrito Ginko biloba 80 mg duas vezes ao dia e vitaminas do

complexo B. O caso piorou progressivamente, até que surgiram alucinações visuais e ideias delirantes (ilusões de roubo, traição do marido, etc.). Procurou ajuda psiquiátrica do posto de saúde, onde o médico iniciou um tratamento com Haldol® + Akineton®, com melhora do quadro de alucinações. Nega desânimo, falta de interesse ou tristeza. A filha relata também dificuldade para caminhar e ocorrência de cinco quedas no último ano e afirma que, por isso, a mãe passa a maior parte do tempo deitada ou sentada, necessitando, atualmente, de ajuda para se movimentar.

Tem passado de hipertensão arterial (há 14 anos) e diabetes mellitus (há 20 anos). Dispneia aos esforços habituais. Tontura frequente, sem caráter rotatório, de longa data, atribuída à “labirintite”. Constipação antiga, 4/4 dias, fezes ressecadas. Não consegue controlar a urina, usando fraldas há três meses. Utiliza prótese dentária há mais de 20 anos, sem nenhum acompanhamento odontológico. Faz uso regular de Nifedipina (Adalat R®) 20 mg duas vezes ao dia; Hidroclorotiazida (Clorana®): 50 mg pela manhã; Cinarizina (Strugeron®): 75 mg uma vez ao dia; Amitriptilina (Tryptanol®): 50 mg à noite; Haldol® (5mg/noite); Akineton® 2mg duas vezes ao dia; Glibenclamida (Daonil®) 5 mg duas vezes ao dia; Diclofenaco 50 mg esporadicamente, para dor no joelho; e Diazepam 10 mg à noite para insônia. Atualmente, não realiza mais nenhuma atividade doméstica e precisa de ajuda para todos os cuidados, exceto para se alimentar.

Nega histórico pessoal ou familiar de fratura osteoporótica ou por fragilidade, bem como de alcoolismo ou tabagismo.

A idosa tem duas filhas casadas, que trabalham o dia todo. O filho mora em outra cidade e mantém pouco contato. É cuidada por uma doméstica, responsável pelos afazeres da casa (limpar, cozinhar, lavar

e passar), sem nenhuma experiência com idosos. A renda familiar não é suficiente para a contratação de um cuidador qualificado. As filhas estão pensando em institucionalização pela dificuldade com o cuidado diário, mas o filho é contra e argumenta que as suas irmãs deveriam se revezar nos cuidados.

5.3.1 Caso B

D. M. V., 82 anos, branca, casada, baixa escolaridade (três anos), residente na área de abrangência da Unidade Santa Terezinha. Mora com o marido de 87 anos, que se encontra acamado e totalmente dependente devido a sequelas de AVC. Sente-se satisfeita por ter boa saúde e ser capaz de cuidar do marido e da casa. Sofre de diabetes mellitus e hipertensão arterial e faz uso de Enalapril 10mg duas vezes ao dia e de Metformina 850 mg pela manhã. É cuidadosa no preparo das refeições, seguindo as orientações dietéticas fornecidas pela equipe de saúde. Três netas adolescentes se revezam no cuidado do avô para que ela possa frequentar as atividades do grupo de idosos duas vezes na semana e as sessões da Academia da Saúde três vezes na semana. Caminha diariamente cerca de 2 quilômetros, pois vai andando a esses encontros.

Desde que teve uma queda, há cinco meses, por escorregar no piso molhado enquanto lavava as calçadas, suas duas filhas passaram a ajudá-la nos finais de semana com as tarefas domésticas mais pesadas, como lavar vidros e calçadas, e a acompanhá-las nas compras mensais no supermercado. Mesmo assim, a Sra. D. insiste em participar de todas as tarefas, pois considera ter pouca dificuldade para o desempenho de qualquer uma delas. Concordou em não mais subir em escadas, deixando para as filhas

serviços necessários acima do raio de alcance de suas mãos.

Apesar dos esforços para administrar a aposentadoria do marido, D. M. V. não estava mais conseguindo oferecer os almoços de domingo, então o filho que mora fora passou a contribuir com ajuda financeira. Feliz, reorganizou o orçamento familiar e voltou a reunir a família nos finais de semana.

Nega incontinências e esquecimento. Usa óculos que foram renovados recentemente e ouve bem. Tem peso adequado e estável e tem mantido níveis pressóricos e glicêmicos adequados.

5.4 Exposição: a programação local para a saúde do idoso

Objetivo: compreender os parâmetros assistências para a saúde do idoso na APS de acordo com a estratificação de risco.

5.4.1 Texto de apoio: a programação local para a saúde do idoso*****

A programação local para a Saúde do Idoso tem como objetivo principal a melhoria do atendimento prestado a essa população em determinado território, com foco na pessoa, em sua família e na comunidade, a fim de garantir que as pessoas envelheçam usufruindo do maior grau possível de autonomia, independência e qualidade de vida.

A programação fundamenta-se nos princípios e nas orientações apresentados na 6ª Oficina do APSUS – Programação da Atenção Primária em Saúde e, neste momento, abordará apenas as necessidades em termos de recursos humanos, ficando

***** Proposta elaborada pela equipe da Divisão de Saúde do Idoso/SESA-PR e consultores.

para momento futuro de capacitação demais ações como apoio diagnóstico e vacinação.

O parâmetro populacional foi definido com base nas informações demográficas disponíveis no DATASUS, que na data da busca referiam-se ao ano de 2012¹⁶.

Para a definição dos parâmetros de fragilidade utilizados, tomamos como base o estudo de Maia¹³, que encontrou 38,1% de vulnerabilidade física com a aplicação do VES-13 em uma amostra de idosos do Município de São Paulo em 2001. Por aproximação, atribuímos o percentual de 60% para idosos de baixo risco ou robustos e de 40% para os vulneráveis.

Entre os vulneráveis, adotamos os estratos “em risco de fragilização” e “frágeis” a partir da observação

da mesma autora¹³ do aumento linear do risco com o aumento da pontuação no VES-13. Na literatura nacional e internacional há diversos estudos de prevalência e incidência de fragilidade utilizando diferentes instrumentos de rastreamento, com resultados variáveis dependendo da população estudada e do instrumento usado. Assumimos, para a nossa população idosa, os percentuais de 25% para idosos em risco de fragilização e 15% para idosos frágeis. Estimamos, empiricamente, que entre os 15% de idosos frágeis, 3% estejam restritos ao domicílio e, para estes, devem ser programadas visitas domiciliares. Essa proposta poderá ser modificada no futuro, a partir do estudo da realidade do nosso território.

PROGRAMAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NO PARANÁ

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

Atenção primária à saúde

PREENCHIMENTO:

Data: _____ **Responsável:** _____

Programação: (marcar com “x”) Equipe APS () Município () Região () Macrorregião ()

Nº de equipes de APS:

IDENTIFICAÇÃO (registrar nome):

Equipe: _____ **Município:** _____

Região: _____ **Macrorregião:** _____

DIMENSIONAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO

BASE DE DADOS PARA O DIMENSIONAMENTO

População total:

ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO ALVO

Geral e por estratificação de risco

Idosos

Percentual de idosos na população total*	11,8% da população total	0
Idosos robustos	60,0% dos idosos	0
Idosos em risco de fragilização	25,0% dos idosos	0
Idosos frágeis	15,0% dos idosos	0

*Referência: DATASUS/IBGE, em 07/07/2014. População 2012

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE						
ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
Descrição	Parâmetros	Responsável	%	Usuários	Atividades	Prazo
ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO						
Identificar e cadastrar todos os idosos da área de abrangência	100% dos idosos da área de abrangência cadastrados na UBS	ACS	100%	Idosos	Cadastro	3 meses
Aplicar o instrumento VES-13	100% dos idosos cadastrados da área de abrangência	ACS	100%	Idosos	Aplicação VES-13	3 meses
Estratificar o risco de todos os idosos da área de abrangência da unidade de saúde utilizando o instrumento VES-13	100% dos idosos da área de abrangência com risco estratificado	Enfermeiro	100%	Idosos	Aplicação VES-13	3 meses
Realizar 1ª consulta para idosos frágeis para avaliação multidimensional (VES-13 ≥ 7)	100% dos idosos frágeis da área de abrangência da UBS realizam 1ª consulta médica e de enfermagem para confirmação da estratificação e avaliação multidimensional da saúde (na mesma data)	Médico	12%	Idosos frágeis	Consulta médica	1 ano
		Enfermeiro	12%	Idosos frágeis	Consulta enfermagem	1 ano
Realizar 1ª consulta para idosos em risco de fragilização para avaliação multidimensional (VES-13: 3 a 6)	100% dos idosos em risco de fragilização da área de abrangência da UBS realizam 1ª consulta médica e de enfermagem para confirmação da estratificação e avaliação multidimensional da saúde (na mesma data)	Médico	25%	Idosos em risco de fragilização	Consulta médica	1 ano
		Enfermeiro	25%	Idosos em risco de fragilização	Consulta enfermagem	1 ano
Realizar 1ª consulta para 100% dos idosos robustos (VES-13 ≤ 2)	100% dos idosos robustos da área de abrangência realizam 1ª consulta médica e de enfermagem para confirmação da estratificação de risco e avaliação de saúde (na mesma data)	Médico	60%	Idosos robustos	Consulta médica	1 ano
		Enfermeiro	60%	Idosos robustos	Consulta enfermagem	1 ano
Realizar 1ª consulta odontológica para 100% dos idosos cadastrados	100% dos idosos da área de abrangência cadastrados na UBS	Dentista	100%	Idosos	Consulta dentista	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os idosos robustos cadastrados (VES-13 ≤ 2)	100% dos idosos robustos cadastrados realizam duas consultas subsequentes de acompanhamento na mesma data, sendo: • 1 consulta médica (após a 1ª consulta) • 1 consulta de enfermagem	Médico	60%	Idoso robustos	Consulta médica	1 ano
		Enfermeiro	60%	Idosos robustos	Consulta enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os idosos em risco de fragilização cadastrados (VES-13: 3 a 6)	100% dos idosos em risco de fragilização cadastrados realizam quatro consultas subsequentes de acompanhamento na mesma data, sendo: • 2 consultas médicas (após a 1ª consulta) • 2 consultas de enfermagem	Médico	25%	Idosos em risco de fragilização	Consulta médica	1 ano
		Enfermeiro	25%	Idosos em risco de fragilização	Consulta enfermagem	1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ATIVIDADE		META PROGRAMADA				
Descrição	Parâmetros	Responsável	%	Usuários	Atividades	Prazo
ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO						
Realizar consultas de acompanhamento para todos os idosos frágeis cadastrados (VES-13 ≥ 7)	100% dos idosos frágeis cadastrados realizam seis consultas subsequentes de acompanhamento na mesma data, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • 3 consultas médicas (após a 1ª consulta) • 3 consultas de enfermagem 	Médico	12%	Idosos frágeis	Consulta médica	1 ano
Realizar atividades educativas para todos os idosos cadastrados	100% dos idosos participam de atividades educativas conduzida por profissional da equipe de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • participantes: idosos • duração: 45 minutos • periodicidade: 4 vezes ao ano 	Enfermeiro Equipe de saúde: Enfermeiro/tec. enf./aux. enf. Fisioterapeuta Psicólogo Educador Físico Dentista Nutricionista Médico	100%	Idosos	Ativ. educativa da equipe de saúde	1 ano
Agendar atendimento com geriatra ou médico com capacitação geriátrica-gerontológica e equipe interdisciplinar no Centro Regional de Atenção Especializada – para todos os idosos frágeis	100% dos idosos frágeis com atendimento agendado no Centro Regional de Atenção Especializada	Enfermeiro	15%	Idosos frágeis	Agendamento de consulta	1 ano
Realizar visita domiciliar	100% dos idosos frágeis dependentes impossibilitados de comparecer à UBS, incluindo os residentes nas instituições de longa permanência localizados no território da UBS, recebem visitas domiciliares, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • 3 visitas médicas • 3 visitas de enfermagem • 6 visitas do técnico de enfermagem • 12 visitas do agente comunitário de saúde 	Médico	3%	Idosos frágeis	Consulta de acompanhamento	1 ano
		Enfermeiro	3%	Idosos frágeis	Consulta de acompanhamento	1 ano
		ACS	3%	Idosos frágeis	Consulta de acompanhamento	1 ano
		Técnico de enfermagem	3%	Idosos frágeis	Consulta de acompanhamento	1 ano
Elaborar Plano de Cuidados	100% dos idosos devem ter seu Plano de Cuidados elaborado	Equipe de Saúde	100%	Idosos	Elaboração de Plano de Cuidado	1 ano
Verificar estado vacinal de todos os idosos cadastrados	100% dos idosos devem manter atualizadas as vacinações antitetânica, antigripal e antipneumocócica, conforme recomendação padrão	Enfermeiro	100%	Idosos	Avaliação e acompanhamento	1 ano
Acompanhamento compartilhado com a equipe do NASF	100% dos idosos frágeis e em risco de fragilização	Equipe profissional do NASF	40%	Idosos frágeis e em risco de fragilização	Avaliação e acompanhamento	1 ano

DIMENSIONAMENTO DA NECESSIDADE DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE											
CONSOLIDADO DAS ATIVIDADES PROGRAMADAS - ANO											
	IDOSO (por nível de risco)			TOTAL ATIVIDADES		DURAÇÃO DA ATIVIDADE em			CARGA HORÁRIA NECESSÁRIA (para o total de atividades - em horas)		
	Geral	Frágil	Risco de fragilização	Robusto	Minutos	Horas	Ano	Mês	Semana		
Primeira consulta médica	0	0	0	0	30	0,5	0,0	0,0	0,0		
Consulta médica subsequente	0	0	0	0	20	0,5	0,0	0,0	0,0		
Consulta de enfermagem	0	0	0	0	30	0,5	0,0	0,0	0,0		
Consulta de enfermagem subsequente	0	0	0	0	30	0,5	0,0	0,0	0,0		
Consulta odontológica	0	-	-	-	30	0,5	0,0	0,0	0,0		
Visita domiciliar médica	-	32	-	-	60	1,0	31,9	2,7	0,7		
Visita domiciliar de enfermagem	-	32	-	-	60	1,0	31,9	2,7	0,7		
Atividade educativa - equipe	0	-	-	-	45	0,8	0,0	0,0	0,0		

ANÁLISE DO ATENDIMENTO SEMANAL							
CAPACIDADE OPERACIONAL			CARGA HORÁRIA PROGRAMADA		OUTRAS ATIVIDADES PROGRAMADAS E DEMANDA ESPONTÂNEA		
Profissionais	Carga horária disponível (horas/semana/profissional)	Números de profissionais (contratados)	Carga horária disponível total (horas/semana)	Atividades Programadas (horas/semana)	%	CH	%
Médico	40	1	40,0	0,0	0,0%	40,0	100,0%
Enfermeiro	40	1	40,0	0,0	0,0%	40,0	100,0%
Dentista	40	1	40,0	0,0	0,0%	40,0	100,0%

5.5 Estudo de caso: a programação local para a Saúde do Idoso

Objetivo: possibilitar aos participantes o exercício da programação local para a saúde da população idosa.

5.5.1 Atividade em grupo: orientação

- Retornar aos grupos e eleger um coordenador e um relator.
- Ler o texto de apoio – “A programação local para a saúde do idoso”.
- Ler o estudo de caso – “A programação local para a Saúde do Idoso na Unidade de APS Santa Terezinha”.
- Elaborar a programação local para a equipe de saúde da APS, utilizando a planilha de programação apresentada no texto de apoio.
- Responder às seguintes questões:
 - Quantas horas semanais por profissional e para a equipe serão consumidas para atender a saúde do idoso?
 - Qual o percentual de comprometimento da carga horária semanal do profissional com a saúde do idoso?
- Relatar em plenário as atividades. Cada relator terá no máximo cinco minutos para apresentação.

5.5.2 Caso C – a programação local para a saúde do idoso na unidade de aps santa terezinha.

A Unidade de APS Santa Terezinha situa-se geograficamente na periferia do município de São Lucas, no bairro Coqueiral, distando-se do centro da cidade aproximadamente 10 quilômetros.

Possui uma equipe de saúde da família (contando com um médico, um enfermeiro, dois técnicos de

enfermagem e sete ACS), uma equipe de saúde bucal (com um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal), e com os seguintes servidores de apoio administrativo: um auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista e um vigia. A unidade funciona das 7 às 18h, ininterruptamente, e todos os profissionais têm jornada de trabalho de 40 horas semanais. O conselho local é atuante, reúne-se mensalmente, e avalia o desempenho da equipe. A Unidade foi construída recentemente com recursos do Ministério da Saúde. Segundo dados do cadastro familiar e do SIAB, vive nesse território uma população de 3 mil habitantes, num total de mil domicílios. Após levantamento local, a equipe de saúde identificou que, no território, o relevo é plano, com poucas ruas pavimentadas, é desprovido de rede pluvial e tem consequentes alagamentos. O bairro é servido por duas linhas de ônibus, uma ligando bairro a bairro e a outra ligando o bairro ao centro. A maioria dos domicílios é de alvenaria, tem acesso a energia elétrica, 80% têm água tratada, apenas 50% têm rede de esgoto sanitário e a coleta de lixo ocorre duas vezes por semana. Há uma escola pública de primeiro grau e um campinho onde as crianças costumam jogar bola.

Segundo dados do cadastro familiar e do SIAB, 51% da população é feminina e 49% é masculina. A população dessa área é constituída por 3% de crianças menores de um ano; 7% de crianças de um a quatro anos; 12% na faixa etária de cinco a nove anos; 8% de dez a 14 anos; 11% de 15 a 19 anos; 52% de 20 a 59 anos; e 7% de maiores de 60 anos. Aproximadamente 250 famílias vivem com uma renda per capita inferior a R\$ 70, 150 chefes de família são analfabetos, 30% das famílias apresentam risco social, econômico e cultural, e 10% da população têm plano de saúde.

5.6 Exposição: plano de cuidados em saúde do idoso

Objetivo: possibilitar aos participantes a compreensão dos fundamentos necessários para a elaboração de um plano de cuidado para a saúde da pessoa idosa.

5.6.1 Texto de apoio: o plano de cuidados em saúde do idoso*****

O Plano de Cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, no qual se define claramente quais são os problemas de saúde do paciente (O QUÊ?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUÊ?), quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) necessários para a implementação das intervenções. No idoso frágil, todas essas perguntas são complexas e multifatoriais e devem ser respondidas por uma equipe multidisciplinar, capaz de pensar de forma interdisciplinar, considerando as melhores evidências científicas e as preferências do paciente e de sua família. Assim, o plano de cuidados deve conter todas as informações essenciais para o planejamento e a implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso e somente será possível após a realização da avaliação multidimensional pelos profissionais de nível superior na atenção primária, sendo a aplicação do VES-13 a primeira fase do processo, que permitirá a identificação dos idosos vulneráveis, que serão priorizados para o atendimento¹⁵.

O Plano de Cuidados deve incluir todas as intervenções capazes de melhorar a saúde do indivíduo. Dessa forma, deverá atuar nas diversas fases da história natural do processo de fragilização, desde os fatores

predisponentes ou fatores de risco até as complicações e incapacidades resultantes do tratamento inadequado da doença. As intervenções clínicas podem prevenir, curar, controlar, reabilitar ou confortar, dependendo do paciente. As intervenções propostas podem ser classificadas em ações preventivas/promocionais, curativas/paliativas ou reabilitadoras¹⁵:

ACÇÕES PREVENTIVAS E/OU PROMOCIONAIS: consistem na implementação de cuidados antecipatórios, capazes de modificar a história natural das doenças e evitar futuros declínios da saúde. A promoção da saúde ou produção de saúde é o conjunto de medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima, promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. As medidas preventivas podem ser classificadas em prevenção primária, secundária, terciária e quaternária¹⁵.

Prevenção primária: tem o objetivo de evitar o desenvolvimento de doenças. São elas: modificações no estilo de vida (cessação do tabagismo, atividade física), imunizações e intervenções farmacológicas (por exemplo, a aspirina para prevenção de doença cardiovascular).

Prevenção secundária: tem o objetivo de detectar precocemente e tratar doenças assintomáticas. Exemplos: rastreamento de câncer, hipertensão, osteoporose, aneurisma de aorta abdominal e de alterações da visão e audição.

Prevenção terciária: tem o objetivo de identificar condições crônicas estabelecidas a fim de prevenir novos eventos ou declínio funcional. Exemplos: identificação de problemas cognitivos, distúrbios da marcha e do equilíbrio e incontinência urinária.

***** Texto elaborado por Amélia Cristina Dalazuana Souza Rosa

Prevenção quaternária: detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. É a prevenção da iatrogenia.

As intervenções preventivas utilizam quatro tipos de abordagem: **aconselhamento** ou mudança de estilo de vida, **rastreamento**, **quimioprevenção** (uso de drogas que, comprovadamente, reduzem o risco de doenças e/ou suas complicações) e **imunização**¹⁵.

AÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS: ações curativas são aquelas direcionadas a problemas específicos identificados na consulta médica. A ênfase deve estar no diagnóstico correto dos problemas crônicos de saúde e na prescrição correta das intervenções farmacológicas. Deve-se estar atento ao risco de iatrogenia medicamentosa, considerada a maior síndrome geriátrica, principalmente nos idosos frágeis usuários de polifarmácia. Por sua vez, as ações paliativas reservam-se àquelas situações em que não há possibilidade de cura ou modificação da história natural da doença. Nesses casos, o cuidado paliativo tem como objetivo a melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam continuamente a vida. O foco da intervenção não é somente o alívio impecável da dor, mas do conjunto de todos os sintomas de natureza física, emocional, espiritual e social¹⁵.

AÇÕES REABILITADORAS: é o conjunto de procedimentos aplicados aos portadores de incapacidades (deficiências, limitação de atividades ou restrição da participação) com o objetivo de manter ou restaurar a funcionalidade (funções do corpo, atividades e participação), maximizando sua independência e autonomia. As ações reabilitadoras são direcionadas ao indivíduo e aos fatores contextuais envolvidos no comprometimento funcional, representados pelos

fatores ambientais (ambiente físico, social e de atitudes nas quais o indivíduo vive e conduz a sua vida) e pelos fatores pessoais (estilo de vida de um indivíduo). Dessa forma, a reabilitação abrangente atua nas seguintes dimensões da funcionalidade: mobilidade, comunicação, nutrição e saúde bucal (reabilitação física); cognição, humor, estado mental, sono e lazer (reabilitação cognitiva-comportamental); suporte social e familiar (reabilitação sociofamiliar); e no ambiente físico no qual o indivíduo está inserido (reabilitação ambiental). Essa multiplicidade de ações exige a participação integrada de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutrição, farmácia, odontologia, dentre outros, dependendo de cada caso, e pressupõe a identificação de objetivos e a organização de ações praticadas dentro de um cronograma viável para as necessidades do paciente e a realidade do serviço. A qualidade do trabalho, a obtenção de resultados e o tempo dispendido para sua efetivação são reflexo do nível de comunicação entre seus membros. Essa comunicação diz respeito não só aos aspectos ligados ao paciente e sua evolução, mas também aos avanços tecnológicos de cada área, novas técnicas e estratégias de abordagem e tratamento¹⁵.

Outro aspecto fundamental do Plano de Cuidados é a fase de implementação, que depende da rede de atenção à saúde existente. A continuidade ou coordenação do cuidado é particularmente importante no idoso frágil, que, muitas vezes, utiliza vários serviços e profissionais de forma desarticulada e fragmentada, aumentando o custo do tratamento e o risco de iatrogenia. Nessa perspectiva da linha de cuidado, é fundamental a existência de uma equipe de referência para o paciente e sua família, cujo papel é o seguimento longitudinal e a ordenação do cuidado¹⁵.

Com a identificação dos idosos vulneráveis e a programação para atenção às suas necessidades, propostas deste módulo do APSUS, iniciamos o caminho rumo à construção da Rede de Atenção à Saúde do Idoso no Estado do Paraná, que deverá contar com equipes multidisciplinares capacitadas para o atendimento geriátrico-gerontológico, articular-se aos serviços da área social, de transporte, secundários, terciários e demais redes de atenção à saúde já atuantes no estado, tendo a atenção primária como ordenadora do processo.

6. ROTEIRO DAS ATIVIDADES: TERCEIRO DIA

6.1 Saudação

Objetivos:

- Saudar os participantes;
- Pactuar os compromissos com os participantes.

6.2 Painel: experiências exitosas em saúde do idoso na APS

Objetivo: conhecer experiências exitosas em saúde do idoso na APS.

6.3 Estudo dirigido: as estratégias para o desenvolvimento dos produtos pelas equipes da APS

Objetivo: possibilitar aos participantes o desenvolvimento de estratégias para a realização dos produtos da oficina pelas equipes da APS.

6.3.1 Atividade em grupo: orientação

- Retornar aos grupos, eleger um coordenador e um relator.
- Elaborar um cronograma para a replicação das oficinas para compartilhamentos com as equipes da APS.
- Desenvolver estratégias para a realização dos produtos da oficina pelas equipes da APS:
 - Identificação e estratificação de risco dos idosos residentes no território de responsabilidade de cada equipe de APS;
 - Programação local para a saúde dos idosos, para cada equipe de APS, utilizando a planilha de programação disponibilizada pela SESA;
 - Elaboração de agenda para atendimento aos idosos, para cada equipe de APS.
- Relatar a atividade em plenário. Cada relator terá no máximo cinco minutos para apresentação.

Prazo:

- Os produtos deverão ser desenvolvidos até o final da primeira semana de novembro de 2014.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Tabela 1.12. População residente por sexo e grupos de idade segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010. Rio de Janeiro, 2011.
- 2 Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos. Brasil – 2010. Disponível: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2010/matriz.htm>>.
- 3 IBGE. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Dados gerais. Tabela 1.3. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2012/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2012.pdf>.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). [acesso 2014 dez 18]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm> DATASUS, SIH/SUS, em 31/05/2014.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS). [acesso 2014 jul 07]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10pr.def>>.
- 6 Tabwin Estadual. SIH-SUS. Atualizado em maio/2014.
- 7 Moraes, Edgar Nunes. Avaliação Multidimensional do Idoso: a consulta do idoso e os instrumentos de rastreio. 4.ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.
- 8 World Health Organization (WHO). Towards age-friendly primary health care. WHO, França, 2004.
- 9 Moraes, Edgar Nunes. Avaliação Multidimensional do Idoso. In: Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p 23-47.
- 10 Ministério da Saúde. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa/COSAPI. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Versão especial para o XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Junho 2014.
- 11 Saliba et al. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. J Am Geriatr Soc 2001;49:1691-1699.
- 12 Luz LL, Laércio , Santiago LM, Mattos IE, Silva JFS. Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o Português. Cad. Saúde Pública 2012;29:621-628.
- 13 Maia FOM, Duarte YSO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuição para a identificação de idosos vulneráveis. Rev Esc Enferm USP 2012;46:116-22.
- 14 Maia FOM. Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo – Estudo SABE. São Paulo, 2011. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- 15 Moraes, Edgar Nunes. Plano de Cuidados. In: Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p 49-60.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Demográficas e Socioeconômicas. Estimativas populacionais utilizadas na publicação Saúde Brasil 2012 - Paraná. [acesso 2014 jul07]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popestm/cnv/poppr.def>>



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde