

SECRETARIA DA SAÚDE

PORTARIAS

PORTARIAS 2ª edição

PORTARIA SES Nº 444/2021.

Aprova a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa.

A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições, e:

Considerando a acelerada transição demográfica em curso no Estado do Rio Grande do Sul e o aumento percentual anual da proporção de pessoas idosas na população gaúcha;

Considerando a necessidade de que o Estado do Rio Grande do Sul disponha de uma política atualizada relacionada à saúde das pessoas idosas;

Considerando a aprovação da proposta da Política, pelo Conselho Estadual de Saúde e pelo Conselho Estadual da Pessoa Idosa;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, cujas disposições constam do Anexo I desta Portaria e dela são parte integrante.

Art. 2º Determinar que as Seções, Divisões, Assessorias e Departamentos da Secretaria de Estado da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de suas ações, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades ora fixadas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 10 de junho de 2021.

ARITA BERGMANN,

Secretária da Saúde.

ANEXO - PORTARIA SES Nº 444/2021.

POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PESPI)

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, compondo o tripé da Seguridade Social, Previdência, Assistência Social e Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do sistema único e institui os preceitos que regem a saúde pública:

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime de saúde, nos aspectos de promoção, proteção e recuperação, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. (BRASIL, 2017, p.108).

No ano de 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso (Lei Federal 10.741), elaborado com a participação de

entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas. O Estatuto ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades deste grupo populacional, assim como definiu em âmbito nacional, como pessoa idosa aquela que tem 60 anos ou mais.

O capítulo IV trata especificamente sobre o papel do SUS na garantia do direito à saúde da população idosa, de forma integral e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2003). Em 2017, através da Lei 13.466/2017, o Estatuto do Idoso foi alterado, concedendo prioridade especial às pessoas com mais de oitenta anos para que recebam atendimento preferencial nos serviços, programas e instituições públicas e privadas. Estas alterações encontram-se nos seguintes artigos: no artigo 3º, que destaca a prioridade especial para essa faixa etária; no artigo 15º, o qual trata da prioridade nos serviços de saúde e no artigo 71º, que trata da prioridade em processos judiciais.

O processo de envelhecimento decorrente da transição demográfica tem alto impacto para a saúde pública. Estima-se que, em 2019, a população maior de 60 anos já havia ultrapassado a marca de 2 milhões de pessoas no Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2019). De acordo com a Fundação de Economia e Estatística (FEE), no período de 2001 a 2015, o Rio Grande do Sul apresentou um acréscimo de 882 mil habitantes (8,5%) de pessoas, passando de 10.365.992 para 11.247.972 (RIO GRANDE DO SUL, 2018). A população na faixa etária acima de 60 anos ou mais apresentou, por sua vez, um aumento de 656.362 pessoas, passando de 1.105.807 pessoas em 2001 (10,7% da população geral) a 1.762.169 em 2015 (15,7% da população).

De acordo com o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a proporção da população "longeva", ou seja, com 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária da população idosa. Significa dizer que esta população também está envelhecendo, estima-se que 312.814 maiores de 80 anos componham atualmente a população do Estado (BRASIL, 2019).

O envelhecimento da população é reconhecidamente atravessado por questões de gênero, sendo que 56% da população idosa é formada por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto maior a longevidade do segmento. Na população acima de 80 anos, por exemplo, as mulheres representam 65% (BRASIL 2019).

Quanto à expectativa de vida da população idosa gaúcha, a FEE aponta que houve um acréscimo de 5,1 anos de vida de 2000 a 2015, passando de 72,4 a 77,5. Além disso, há um aumento na expectativa de vida das pessoas que atingem os 60 anos de idade. Enquanto, em 2000 esperava-se que uma pessoa idosa, ao atingir os 60 anos vivesse, em média, mais 19,4 anos, atingindo os 79,4 anos, em 2015 esse tempo é aumentado em 22,7 anos, alcançando os 82,7 anos de idade. Na população longeva (80 anos ou mais), em 2000, esperava-se que as pessoas idosas que atingissem os 80, alcançassem 87,7 anos; já em 2015, 89,8 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Um dos resultados do aumento do número de pessoas idosas em uma população é a probabilidade destas apresentarem um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e de saúde e por mais tempo (BRASIL, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 18% da população gaúcha, consome mais de 33% dos recursos de internação hospitalar no SUS (BRASIL, 20017; BRASIL, 2019; RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Além disso, anualmente são mais de 250.000 internações hospitalares e mais de 62.000 óbitos da população idosa no Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2017). As principais causas de óbito na população acima de 60 anos no Estado são as doenças do aparelho circulatório (32%), neoplasias (21,6%), doenças do aparelho respiratório (15,7%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6,4%), condições estas que demandam cuidados contínuos e complexos (BRASIL, 2019). É notável, também, a carência de profissionais especializados/qualificados para classificação da vulnerabilidade da saúde da pessoa idosa, em todos os níveis de atenção, conforme observação da Seção de Saúde do Idoso Estadual a partir da realização de assessorias técnicas aos municípios gaúchos.

As pessoas idosas residem em sua maioria junto ao ambiente familiar, mas a procura por acolhimento/abrigo em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) têm crescido no Rio Grande do Sul. O número de ILPIs cadastradas no Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA) atualmente, contabiliza 863 instituições - conforme o último levantamento realizado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2020). Desta forma, percebe-se o número expressivo dessas moradias no Estado do RS, mesmo havendo consenso entre as mais variadas especialidades científicas de que a permanência das pessoas idosas em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (OMS, 2015) Um grande desafio colocado à autoridade sanitária, na atualidade, é a fiscalização das ILPIs e a sua adequação às normativas sanitárias. Nesse sentido, urge a necessidade de uma articulação permanente do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social que detém o gerenciamento das disponibilidades das vagas públicas de acolhimento/abrigo de pessoas idosas no Brasil com vistas à qualificação da oferta de abrigo.

Considerando a ausência do padrão de "pessoa idosa típica" e o fato de que as pessoas envelhecem como vivem 1 se faz necessário construir políticas públicas que respondam a esta heterogeneidade, seja por questões etárias, de gênero, de moradia, de trabalho, história de vida, etc.

Assim, propõe-se uma Política de Estado que atenda a população idosa na sua integralidade e nos seus perfis diversos de capacidade funcional, baseado na orientação do Ministério da Saúde.

1.1 Um novo paradigma para o cuidado em saúde de pessoas idosas: Capacidade funcional - definição e meios

de identificação dos perfis de funcionalidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF) estabelece que a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais (SAMPAIO; LUZ, 2009). A dependência é definida como:

a expressão da dificuldade ou incapacidade para realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). Cabe enfatizar que a existência de incapacidade funcional, independentemente de sua origem, determina a necessidade de assistência por cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002). (HÉBERT, 2003; NÉRI; SOMMERHALDER, 2002 *apud* BRASIL, 2017, p.110).

Estudos brasileiros apontaram a existência de incapacidade que variam 2% a 45% na população idosa, dependendo da idade e do sexo:

Estudos brasileiros de base populacional apontados na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa apontam a existência de incapacidade que variam de 2% a 45% dos idosos e idosas (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo. (BRASIL, 2017, p.111)

Convém destacar que o comprometimento dos principais sistemas funcionais contribui significativamente para as incapacidades e, por conseguinte, para as grandes síndromes geriátricas, que são: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfíncteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar (MORAES, 2012). A presença destas incapacidades é um importante preditor de institucionalização em pessoas idosas, hospitalizações e desfecho fatal. (MORAES, 2012).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências diretas do envelhecimento, entretanto, a prevalência de incapacidades aumenta com a idade de acordo com variadas bases de dados científicos (BRASIL, 2017). Sendo assim, conforme observação da Seção de Saúde do Idoso, a partir da realização de assessorias técnicas aos municípios gaúchos, constatou-se que o reconhecimento da dependência funcional e/ou fragilidade não é feito comumente pela maioria dos profissionais de saúde e, tais alterações são atribuídas ao envelhecimento normal "da idade".

Sob outra perspectiva, temos na promoção do envelhecimento ativo e saudável, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia metas importantes da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas, nos princípios de independência, participação, dignidade, auto-assistência e auto-realização determinados pela Organização Mundial de Saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005). A consideração da capacidade funcional como norteadora das ações direcionadas à saúde das pessoas idosas ratifica a necessidade de superação de um modelo que considera as morbidades como os principais fatores da definição do processo de saúde / doença.

No documento do Ministério da Saúde, Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018a) três perfis de funcionalidade são agrupados, a fim de orientar as respostas das Redes de Atenção à Saúde para as pessoas idosas:

Perfil 1 - Pessoas Idosas independentes e autônomas para realizar as atividades da vida diária [2](#). Estão nesse grupo as pessoas acima de 60 anos que têm autonomia e independência preservadas e, embora possam apresentar alguma condição crônica, não estão limitadas ou incapacitadas para o desempenho de suas atividades diárias. Essa condição deverá ser acompanhada, visando mantê-la; no entanto, se reconhece a possibilidade de processos agudos que demandem algum tipo de intervenção. Este grupo de pessoas idosas é prioritário no estímulo das ações de envelhecimento ativo.

Perfil 2 - Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária. Incluem-se nesse grupo as pessoas idosas que: a) Realizam as atividades de forma adaptada: as atividades são realizadas com algum tipo de modificação ou de forma diferente do habitual ou mais lentamente; b) Realizam as atividades com auxílio de terceiros: nesses casos, as pessoas idosas conseguem realizar as Atividades de Vida Diária (AVDs) com algum preparo ou alguma supervisão de terceiros. Há necessidade do auxílio de outra pessoa para a atividade ser realizada, mas a própria pessoa idosa a realiza isto é, outra pessoa participa em alguma etapa, faz algum preparo ou supervisiona a atividade. Este grupo de pessoas idosas pode ser beneficiado por ações de envelhecimento ativo.

Perfil 3 - Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades da vida diária. Incluem-se neste grupo aquelas pessoas idosas que não realizam as AVDs sozinhas e são totalmente dependentes de terceiros para realizá-las.

2MARCOS LEGAIS

Apresenta-se os marcos históricos consagrados no desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil:

Em 1988, foi aprovada a Constituição Federal, no Capítulo Saúde, em seus artigos 196 a 200, e nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que a regulamenta (BRASIL, 1988).

Em 1993, foi aprovada a Lei nº 8.742/1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências (BRASIL, 1993).

Em 1994, foi aprovada a Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

Em 2000, o Governo Federal institui a Lei nº 10.098/2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências (BRASIL, 2000).

Em 2000, foi instituída a Lei Estadual nº 11.517, de 26 de julho de 2000, que estabelece a Política Estadual do Idoso no Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

Em 2003, entra em vigor a Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 que institui o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Em 2005, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabelece a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC - nº 283, de 26 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, posteriormente consolidada pela Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017 - Anexo XI (BRASIL, 2017).

Em 2019, foi realizada em Porto Alegre (no Rio Grande do Sul) a VI Conferência Estadual da Pessoa Idosa para analisar, avaliar e deliberar a Política da Pessoa Idosa no Estado do Rio Grande do Sul, com a participação de todos os segmentos da sociedade (CONFERÊNCIA, 2019).

3 OBJETIVOS

A Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa tem por objetivo garantir a Atenção Integral à Saúde das pessoas com 60 anos ou mais, promovendo a manutenção da capacidade funcional, da autonomia [3](#) e independência, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável. A construção de uma sociedade para todas as idades deve incluir a parcela dos idosos frágeis, que apresentam prejuízo funcional, seja por incapacidade ou perda de autonomia. Para atingir tais objetivos, consideram-se os aspectos biopsicossociais, a diversidade socioeconômica e ambiental, cultural, étnico-racial, sexual, de gênero, territorial, entre outros marcadores sociais. É alvo desta política o cidadão e a cidadã com 60 anos ou mais, com prioridade especial de atendimento para a população maior de 80 anos, exceto em casos de emergência.

3.1 Objetivos Específicos

a) Promover a saúde da pessoa idosa, prevenindo discapacidades e limitações funcionais por meio da implementação, monitoramento e avaliação de ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável;

b) atender a pluralidade de demandas em saúde das pessoas idosas, priorizando aqueles que apresentam limitação ou dependência funcional (pessoa idosa frágil), ofertando suficiência de ações e serviços de saúde tecnicamente adequados para essa população;

c) participar da rede intersetorial de garantia de direitos das pessoas idosas articulando a ampliação do acesso do segmento a todas as políticas públicas estaduais, com destaque para a Política de Assistência Social, assim como estimulando a participação da população idosa nas instâncias de controle social visando a inclusão social e construção de cidadania;

d) capacitar e qualificar os trabalhadores e profissionais de saúde em conhecimentos gerontológicos, contemplando um olhar integral e humanizado, colocando as pessoas idosas como agentes participantes do cuidado;

e) integrar as ações em saúde da pessoa idosa aos processos de planejamento, execução, avaliação e monitoramento da SES-RS, através da inclusão das mesmas nos instrumentos de gestão (Plano Estadual de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão), conforme as diretrizes nacionais vigentes;

f) combater todas as formas de discriminação e violência contra a pessoa idosa, incentivando a notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como a obrigatoriedade de comunicação aos órgãos competentes.

4 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa tem como princípios: a integralidade, a universalidade, a equidade, gratuidade, a intersetorialidade e a participação social.

A Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa tem como diretrizes: garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo ao envelhecimento ativo e saudável; fortalecimento das ações intersetoriais, com ênfase na promoção à saúde e prevenção da doença; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa, apoiando o desenvolvimento de estudos e pesquisas.

5. ESTRATÉGIAS PARA ATENÇÃO INTEGRAL E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE

Para ampliar o acesso e qualificar o cuidado da população idosa na atenção primária, secundária e terciária é necessário planejar, articular e consolidar ações específicas a serem estruturadas nos seguintes eixos:

- a) Fortalecimento da Atenção Básica em Saúde como centro do cuidado, conforme determina a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- b) organização da Rede de Atenção à Saúde através da implementação de Linhas de Cuidado à Pessoa Idosa, com ordenamento da Atenção Primária em Saúde, garantindo a continuidade de acesso e cuidado nos pontos de atenção especializados através da macrorregionalização das referências em geriatria;
- c) produção de um modelo de atenção à saúde para a pessoa idosa que invista na implementação de ferramentas de autocuidado 4 e em planos integrados de atenção, tais como: grupos de educação em saúde, educação por pares 5 para condições crônicas de saúde, gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) 6, acompanhamento farmacoterapêutico 7, entre outras;
- d) articulação das ações do Sistema Único de Saúde com as do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, conforme orienta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ratificando o reconhecimento de que as demandas de saúde da população idosa mantém intersecção direta com suas demandas sociais;
- e) fortalecimento das ações de educação permanente em saúde que tenham como foco as práticas técnico-assistenciais e a organização do trabalho na atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Destaca-se que para a materialização das estratégias propostas se faz necessário o fortalecimento das ações de promoção, prevenção e assistência nos diversos níveis de atenção, destacando-se os serviços da: atenção básica, atenção domiciliar, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, atenção às urgências e emergências, atenção aos cuidados paliativos, assistência farmacêutica e a vigilância em saúde.

5.1 Atenção Básica em Saúde

Em primeiro lugar, para a identificação das necessidades de saúde da população idosa, cada pessoa idosa deve ser cadastrada em seu respectivo território adstrito, o que configura responsabilidade sanitária das equipes de Atenção Básica. As equipes de Saúde da Família (eSF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes dos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), assim como equipes de Consultórios na Rua, Equipes de Saúde Prisional, Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, Equipes de Saúde da Família Quilombola, devem realizar o mapeamento da comunidade e das suas necessidades de saúde, reconhecendo o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e a rede existente no seu território.

Uma vez que a pessoa idosa está devidamente cadastrada em sua unidade de saúde de referência é possível dar início à avaliação multidimensional, a qual deve ser realizada com o auxílio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e da ficha espelho, quando for o caso. Estas ferramentas devem estar associadas à Educação Permanente dos profissionais de saúde.

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

Na avaliação da pessoa idosa é essencial a equipe de saúde também ofertar orientações sobre o processo de uso de medicamentos, sejam eles administrados por via injetável, ou por via oral, para que assim seja possível avaliar a farmacoterapia do idoso, identificando e prevenindo os problemas relacionados ao uso de medicamentos, comuns nessa população (FANHANI, 2007). Tendo em vista a prevalência de polifarmácia (uso de mais de cinco medicamentos por dia) na população idosa, bem como a resposta diferenciada aos medicamentos devido às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas próprias do envelhecimento, é necessário um cuidado maior em relação ao uso de medicamentos (FICK, 2008).

O farmacêutico, junto com a equipe multidisciplinar deve participar ativamente do uso racional de medicamentos da pessoa idosa. Os farmacêuticos podem contribuir nesse contexto orientando a pessoa em relação à redução da Polifarmácia e assistência à adesão ao tratamento, por meio da revisão da farmacoterapia, com enfoque na redução de uso dos medicamentos potencialmente perigosos para idosos (OLIVEIRA, 2016), desenvolvimento de esquemas que auxiliam a administração de medicamentos e auxílio na desprescrição [8](#) de medicamentos (INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS no USO DOS MEDICAMENTOS, 2020).

Além disso, é necessário que os profissionais participem do Manejo de Condições Crônicas de Saúde, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, educação em saúde, monitoramento de resultados em saúde, acompanhamento do uso de formas farmacêuticas complexas e orientação durante a dispensação. Erros no processo de uso dos medicamentos podem ocorrer e devem ser evitados durante transições de nível de atenção, avaliando e simplificando o itinerário terapêutico do paciente e todas as terapias prescritas durante este itinerário, prevenindo duplicações e interações medicamentosas desnecessárias. Os profissionais devem colaborar também no auxílio ao acesso a medicamentos, orientando o uso dos diferentes Componentes da Assistência Farmacêutica pela pessoa idosa, facilitando e otimizando o acesso aos recursos do SUS para farmacoterapia.

A identificação da pessoa idosa vulnerável deve ser um processo rotineiro, ou seja, não se deve esperar a pessoa idosa desenvolver a dependência funcional para reconhecê-la como frágil. O VES-13 (Vulnerable Elderly Survey - 13) é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar a pessoa idosa vulnerável residente nos territórios, com base na idade, auto-percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades (BRASIL, 2017). Trata-se de um questionário de fácil aplicabilidade, que pode ser respondido pelos próprios profissionais de saúde, inclusive os agentes comunitários de saúde, pela pessoa idosa ou pelos familiares/cuidadores. Este instrumento se baseia no registro das habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano e está contido na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2017).

Com vistas a melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), recomenda a todas as Unidades Básicas de Saúde, localizadas em território estadual, o rastreo permanente da pessoa idosa vulnerável por meio do instrumento VES-13. Além do rastreo permanente da pessoa idosa vulnerável a ser realizado junto à Atenção Básica, é recomendado a todos os pontos de atenção à saúde que prestam atendimento para o SUS, a vigilância constante das seguintes condições de risco para a fragilização (BRASIL, 2017):

- a) Internações recentes (mais de 2 internações nos últimos 6 meses);
- b) incontinência urinária e/ou fecal;
- c) quedas recorrentes (2 ou mais nos últimos 12 meses);
- d alteração de marcha e equilíbrio;
- e) comprometimento cognitivo;
- f) comprometimento sensorial (visão, audição) e dificuldades de comunicação;
- g) isolamento social;
- h) insuficiência familiar;
- i) sinais e sintomas de transtorno de humor;
- j) uso problemático de álcool e outras drogas;
- k) perda de peso não intencional (mínimo 4,5 kg ou 5% do seu peso corporal) no último ano;
- l) suspeitas de violência;
- m) dificuldade de mastigação e/ou deglutição.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que devem ser oferecidas no âmbito da Atenção Primária, envolvem as seguintes abordagens:

Entre as abordagens de cuidado integral que devem ser oferecidas no âmbito da Atenção Primária, destacamos ainda, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). As PICS envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (BRASIL, 2018a, p.43).

As pessoas idosas que venham a ser acolhidas em outros pontos da rede devem ser referenciadas às equipes de Atenção Básica, mesmo que sigam assistidas por serviços especializados:

Asistematização das informações obtidas por meio da avaliação multidimensional contribui para a organização da rede, ao possibilitar a identificação de características de saúde das pessoas idosas do território e o compartilhamento de informações do atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da Atenção Primária e especialistas. (BRASIL, 2018a, p.37).

5.2 Atenção Domiciliar

Os serviços de Atenção Domiciliar (AD) têm alto grau de satisfação, tanto para pessoas idosas como para seus cuidadores e também é indicada:

[...] A Atenção Domiciliar é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. (BRASIL, 2017a).

AAD no SUS pode ser realizada tanto pelas equipes de Atenção Básica e os respectivos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, como pelas equipes multiprofissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), habilitados ou não no Programa Melhor em Casa, a depender dos critérios de elegibilidade, vulnerabilidade e intensividade do cuidado:

Assim, para as pessoas idosas que necessitam de apoio para realizar atividades da vida diária (perfis 2 e 3), a atenção domiciliar é um recurso a ser utilizado a fim de que se possa orientar cuidados básicos, realizar intervenções específicas e apoiar familiares e outros cuidadores, tendo em vista que o foco do cuidado deve ser bloquear ou postergar ao máximo o declínio funcional em curso e, quando possível, recuperar a capacidade funcional nas áreas ou domínios que estão comprometidos. (BRASIL, 2018a, p.56).

5.3 Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar

Para acesso à atenção especializada, a SES/RS e também o conjunto dos municípios do Estado conta com serviços de regulação definindo acesso para consultas especializadas, exames, e internação de forma equânime. Uma parcela das pessoas idosas apresenta alto grau de complexidade e múltiplas necessidades de saúde e necessitará de serviços ambulatoriais especializados, inclusive os de especialidade em geriatria. Estes serviços ambulatoriais devem estar articulados com os demais pontos de atenção da rede. Em todo o atendimento de saúde eletivo, os maiores de 80 anos terão preferência especial sobre as demais pessoas idosas e quando possível sobre a população em geral. A prioridade especial também é denominada de "super prioridade" e está de acordo ao estabelecido no Artigo 15, parágrafo (§) 7º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Atualmente há cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de saúde), Centros de Referência à Saúde da Pessoa Idosa em 8 municípios do Estado: Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Santa Cruz do Sul, Bento Gonçalves, Santana do Livramento, São Francisco de Paula e Porto Alegre.

A internação hospitalar é um recurso que deve ter disponibilidade em suficiência, conforme parâmetros de leitos clínicos nacionais, na atenção à saúde da pessoa idosa sem uso excessivo ou por tempo prolongado. É indicada somente quando esgotadas outras ações e serviços para o manejo adequado dos agravos à saúde visto que nesta população internações prolongadas podem causar prejuízos à qualidade de vida pós hospitalização (LAVOURA, 2016). A SES/RS recomenda que os hospitais que prestam assistência através do SUS cumpram o determinado no Art. 16 da Lei Federal nº 10.741 (Estatuto do Idoso) sobre a obrigatoriedade do direito a acompanhante durante a internação da pessoa idosa, devendo o estabelecimento de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico (BRASIL, 2003).

5.4 Atenção às Urgências e Emergências

A finalidade da Rede de Atenção às Urgências (RAU) é de "ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma ágil e oportuna." (BRASIL, 2017b).

Quanto à organização das redes locoregionais de atenção integral às urgências, dividem-se em três módulos: o pré-hospitalar (móvel e fixo), o hospitalar e o pós-hospitalar (BRASIL, 2003).

ARAU é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU 192 e Centrais de Regulação Médicas das Urgências; Força Nacional de Saúde; Unidade de Pronto Atendimento (24 horas) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2017b).

A população idosa atendida nos casos de urgência e emergência é bastante significativa. As causas externas estão entre as principais causas de morte entre as pessoas idosas, sendo que quedas, acidentes de trânsito, agressão física e

tentativas de suicídio estão entre as mais comuns (SOARES, 2016). O atendimento à pessoa idosa deverá ser prestado com agilidade considerando ser um fator determinante tanto para evitar a progressão do quadro clínico e comprometimento funcional, bem como para a preservação da qualidade de vida. Tanto a hospitalização, quanto o tempo de permanência deverão ser avaliados criteriosamente, pois tais fatores interferem diretamente na saúde da pessoa idosa. A integralidade da atenção deverá identificar as necessidades da pessoa idosa e na definição dos serviços e pontos da rede a serem envolvidos no seu cuidado. O acolhimento da pessoa idosa na RAU deverá ser prestado com humanização, considerando a regulação médica das urgências que respeite as especificidades dessa população, ao estabilizar o quadro agudo e articular a continuidade do cuidado com os demais pontos da Rede de Saúde, como a Atenção Básica, Pré-Hospitalar, Hospitalar e a Atenção Domiciliar.

5.5 Atenção a Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos, quando se referem a qualquer doença que ameace a continuidade da vida, devem focar no alívio da dor, minimizando o sofrimento do paciente e de seus familiares:

Outra questão importante para a saúde das pessoas idosas é a oferta de Cuidados Paliativos que devem ser iniciados a partir do diagnóstico de qualquer doença que ameace a *continuidade da vida*, associados ou não à terapia curativa. O cuidado paliativo pode se tornar a prioridade assistencial na fase avançada de evolução de uma doença incurável ou, ainda, tornar-se o foco exclusivo do cuidado na fase final de vida ou durante o processo ativo de morte. Para tal, o cuidado deve ser adaptado às necessidades das pessoas idosas e suas famílias, acompanhando a progressão da doença até sua eventual fase final. E deve continuar após a morte do paciente por meio do apoio às famílias em seu processo de luto. (BRASIL, 2018a, p.59).

Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, com destaque para: a Atenção Primária, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, responsável por acompanhar os usuários com condições ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária; e a Atenção Domiciliar, através das equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado demandado; observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível.

5.6 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde tem como objetivo a identificação oportuna dos riscos à saúde da população, através do monitoramento e avaliação sistemática da ocorrência de eventos de interesse à saúde (como surtos ou epidemias), da interação das populações com o ambiente, bem como do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde. Essas ações são transversais a todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Além das ações voltadas à prevenção e controle de riscos que atingem a população em todas as fases do ciclo da vida, tais como o controle da qualidade da água para consumo, o gerenciamento do risco sanitário na comercialização de alimentos e medicamentos, o controle de doenças transmitidas por vetores ou de agravos decorrentes de acidentes e doenças ocupacionais, várias atividades da Vigilância em Saúde integram diretamente a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

Nesse contexto, é importante destacar o papel que a Vigilância Sanitária (VISA) desempenha para a promoção da saúde, prevenção de agravos e promoção da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, destacando suas ações com o objetivo de reduzir os riscos à saúde da população. Logo, a VISA exerce uma função significativa para a estruturação do SUS, principalmente considerando sua ação regulatória sobre produtos e insumos terapêuticos de interesse à saúde, sua ação normativa e fiscalizatória sobre os serviços prestados e sua permanente avaliação e prevenção do risco à saúde (JESUS, 2018).

As ações da Vigilância Sanitária (VISA) para atenção à saúde da pessoa idosa estão voltadas para o caráter educativo e fiscalizatório, no que diz respeito, também, às boas práticas de funcionamento das ILPIs, contribuindo assim, para a promoção da saúde e melhoria da qualidade da população que residem neste local. Estabelecer a aproximação dos fiscais da VISA junto a estes estabelecimentos para a promoção de práticas seguras, no sentido de incentivá-los no aperfeiçoamento destas práticas e com o objetivo de promover a inserção de táticas para a redução, ao mínimo, dos riscos e danos associados ao cuidado em saúde são estratégias por meios das quais a VISA pode contribuir para melhoria do cuidado da pessoa idosa residente nas ILPIs. Logo, as atividades dos fiscais sanitários, são fundamentais para assegurar a implementação de processos na gestão de riscos e na identificação de fragilidades frente às normas sanitárias vigentes.

A Vigilância Epidemiológica é responsável pelas ações de imunização - com a publicação do calendário nacional de vacinação do Idoso, pela vigilância da violência contra a pessoa idosa - incluída como um agravo de notificação compulsória, pela vigilância das doenças e agravos não transmissíveis - como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares, altamente prevalentes na população idosa, bem como pela vigilância de doenças de transmissão respiratória - como Influenza e COVID-19, que igualmente apresentam alta incidência nesta população.

Por fim, em relação às estratégias de implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, recomendamos que todos pontos de atenção à saúde vinculados ao SUS, no Estado do Rio Grande do Sul devem aproveitar todas as

abordagens em saúde da pessoa idosa para:

- a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco e evidências clínicas (BRASIL, 2017a);
- b) informar as pessoas idosas sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde (BRASIL, 2017a);
- c) valorizar e respeitar a velhice (BRASIL, 2017a);
- d) realizar ações de prevenção de quedas/acidentes no domicílio e nas vias públicas;
- e) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra as pessoas idosas (BRASIL, 2017a);
- f) facilitar e orientar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais vinculados ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), grupos de convivência, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde a pessoa idosa possa ser ouvida e apresentar suas demandas e prioridades;
- g) informar e estimular a prática de alimentação adequada, sexo seguro, imunização regular e demais hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2017a);
- h) realizar ações de conscientização sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas e ações motivadoras ao abandono do tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;
- i) promover ações junto a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento especializado em saúde mental da pessoa idosa, garantindo o cuidado compartilhado com a atenção básica;
- j) atentar a possíveis casos de demência e quando necessário, encaminhar para a rede especializada, garantindo o cuidado compartilhado com a atenção básica;
- k) promover e ofertar, sempre que possível, opções terapêuticas que contemplem Práticas Integrativas e Complementares, em todos os níveis de atenção;
- l) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
- m) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;
- n) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;
- o) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado;
- p) investir na promoção da saúde em todas as idades.
- q) promover o uso racional de medicamentos na população idosa e estimular serviços que avaliem os problemas relacionados com a farmacoterapia e oriente o idoso e cuidadores em relação ao processo de uso de medicamentos, prevenindo resultados negativos relacionados à saúde.

6 COMPETÊNCIAS

A seguir, apresentam-se as responsabilidades dos gestores do SUS, em todas as esferas do governo, a fim de promover os meios e de viabilizar o alcance do propósito da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa.

6.1 Compete às Três Esferas de Governo

- a) Garantir a integralidade da atenção à saúde com vistas à promoção da saúde, proteção, prevenção de agravos, assistência, recuperação e vigilância em saúde nos diferentes níveis de atenção observando as especificidades da população idosa (RIO GRANDE DO SUL, 2020);
- b) definir recursos orçamentários e financeiros voltada para a saúde da população idosa, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo (BRASIL, 2017a);
- c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2017a);

6.2 Compete à Secretaria de Estado da Saúde

- a) Instituir a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa;

- b) garantir recursos financeiros, materiais e humanos para implementação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa;
- c) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS (BRASIL, 2017a);
- d) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade local regional (BRASIL, 2017a);
- e) contribuir para a capacitação e qualificação do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e demais trabalhadores em conhecimentos gerontológicos;
- f) induzir e articular a implementação desta política no âmbito dos municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2020);
- g) promover a articulação intersetorial e intrasetorial à efetivação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa;
- h) atuar de forma articulada junto ao Conselho Estadual da Pessoa Idosa e Conselho Estadual de Saúde;
- i) estabelecer parcerias para ampliar a utilização de novas tecnologias, de telemedicina e uso de ferramentas de comunicação à distância como estratégias para o cuidado da população idosa (RIO GRANDE DO SUL, 2020);
- j) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito (BRASIL, 2017a);
- l) contribuir para promoção do uso racional de medicamentos;
- m) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

6.3 Compete às Secretarias Municipais de Saúde

- a) Gerir, coordenar e executar os serviços e ações em saúde no âmbito de seus limites territoriais, conforme princípios e diretrizes da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (RIO GRANDE DO SUL, 2020);
- b) instituir a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa no âmbito do seu território, por meio da execução de programas, planos, projetos e ações considerando o perfil epidemiológico, demográfico e as necessidades de saúde desta população (RIO GRANDE DO SUL, 2020);
- c) destinar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa no seu território (RIO GRANDE DO SUL, 2020);
- d) reconhecer e estimular as ações comunitárias nos territórios, promovendo e incentivando a participação, o controle social e a troca de experiências entre gerações (RIO GRANDE DO SUL, 2020);
- e) promover intersetorialmente ações que visem a promoção da saúde, a qualidade de vida e o envelhecimento ativo e saudável (RIO GRANDE DO SUL, 2020);
- f) fiscalizar as ILPIs em relação às boas práticas de seu funcionamento, de acordo com o estabelecido na RDC 283/2005 (RIO GRANDE DO SUL, 2020);
- g) promover o uso racional de medicamentos, com foco na prevenção de problemas relacionados a medicamentos e cuidado com o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

7 INTERSETORIALIDADE, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

As ações intersetoriais, bem como a participação e controle social visam à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa. As quais devem ser promovidas e implementadas, considerando as características demográficas, epidemiológicas e as necessidades locais.

7.1 Articulação Intersetorial

- a) Estabelecer processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos (BRASIL, 2017a);
- b) promover articulação intersetorial entre a saúde e as áreas de: Educação; Assistência Social; Cultura; Agricultura; Obras e Habitação; Meio Ambiente e Infraestrutura; Segurança Pública; Esporte e lazer; Previdência Social; Trabalho e Emprego; Transporte; Ciência e Tecnologia; Justiça e Direitos Humanos; Entre outras (BRASIL, 2017a);
- c) construir estratégias de interlocução entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social para acompanhamento de pessoas idosas acolhidas/abrigadas em ILPIs (BRASIL, 2017a);

d) promover ações de articulação entre serviços e as universidades para desenvolvimento de projetos e pesquisas que contemplem os aspectos do envelhecimento (BRASIL, 2017a).

7.2 Participação e Controle Social

a) Fomentar a participação de idosos e idosas nos espaços de controle social, garantindo a efetiva representatividade desta população nas instâncias decisórias da política pública (BRASIL, 2017a);

b) fomentar a democratização de informações e a transparência nos espaços de controle social (BRASIL, 2017a);

c) estimular a inclusão da temática processo de envelhecimento e saúde da população idosa nas conferências de saúde (BRASIL, 2017a);

d) atuar de forma articulada aos Conselhos de Saúde, da Pessoa Idosa e demais Conselhos buscando a efetivação dos direitos da população idosa (BRASIL, 2017a).

8 FINANCIAMENTO

a) Manter e buscar ampliar recursos financeiros para qualificação da atenção integral à saúde da pessoa idosa (RIO GRANDE DO SUL, 2020);

b) garantir recursos financeiros para implementação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa.

9 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O processo de acompanhamento e avaliação da implementação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa exigirá a definição de critérios, parâmetros e indicadores capazes de evidenciar a implementação da Política. Este acompanhamento será de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado, Secretarias Municipais, sob a fiscalização do controle social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em: 20/11/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 12/11/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>. Acesso em: 20/11/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2018b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 20/07/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (**DATASUS**). Brasília, DF: Disponível em: Ministério da Saúde, 2019. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6942>. Acesso em: 02/07/2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos 2017. **Lei Nº 13.466, de 12 de julho de 2017**. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13466.htm Acesso em: 20/11/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017a. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017b. Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO: RDC N. 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005**. Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2005. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-283-de-26-de-setembro-de-2005>. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/lei-no-10-741-de-01-de-outubro-de-2003>. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a concessão do benefício de prestação continuada, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. **Lei n.10.098, de 19 de dezembro de 2000.** Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 12 nov. 2020.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice: the clinician's guide.** 2 ed. New York: McGraw-Hill, 2004. 394 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, Conselho Federal. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. **Brasília: Conselho Federal de Farmácia**, v. 200, 2016.

CONFERÊNCIA Estadual da Pessoa Idosa, 6, 2019, Porto Alegre, RS. **Anais [...].** Porto Alegre: Conselho Estadual da Pessoa Idosa, 2019. Disponível em: <https://sjcdh.rs.gov.br/upload/arquivos/201912/09154722-sistematizacao-anais-ultima-versao.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

FANHANI, H. R. et al. Consumo de medicamentos por idosos atendidos em um centro comunitário no noroeste do Paraná, Brasil. **Rev Bras Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, vol.10, no.3, sept./dec. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300301&lng=pt. Acesso em: 12 nov. 2020.

FARIAS, N; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, Vol.8, no.2, June, 2005.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2012, vol.21, n.3 [cited 2020-11-12], pp.513-518. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-0707. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>.

FICK, D.M. et al. Health outcomes associated with potentiall inappropriate medication use in olderus in olders. **Res. Nurs. Health**, Nova York, Wiley [EUA], 31 (1): 42-51, fev. 2008.

GALVÃO, M. T. D. R. L., & Janeiro, J. M. D. S. V. (2013). **O autocuidado em enfermagem: Autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados.** *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1),226-236. doi: 10.5935/1415-2762.20130019.

GARFINKEL, D., IIHAN, B., & BAHAT, G. (2015). **Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy.** *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 6(6), 212-233.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS no USO DOS MEDICAMENTOS (ISMP - Brasil) **Desprescrição** - reduzindo a polifarmácia e prevenindo erros de medicação. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/noticia/desprescricao-reduzindo-a-polifarmacia-e-prevenindo-erros-de-medicao/>. Acesso em: 20 nov 2020.

JESUS, E. P. et. al. A importância da vigilância em saúde na administração pública - Revisão sistemática. **Rev. GETEC Gestão, Tecnologia e Ciências**, v.7, n.17, p.138-155/2018. Disponível em: <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/getec/article/view/1489>. Acesso em: 20 jul 2020.

LAVOURA, P. H. **Impacto da hospitalização no equilíbrio postural e na qualidade de vida de pacientes adultos e idosos num hospital público de nível terciário.** Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

- MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- OLIVEIRA, M.G. et. al. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatr Gerontol Aging**, Rio de Janeiro, 10(4):168-81, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, Suíça: OMS, 2015.
- RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação em Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, RS: Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/sivisa-rs>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- RIO GRANDE DO SUL. **Lei n. 11.517, de 26 de julho de 2000**. Institui a Política Estadual do Idoso. Porto Alegre, RS: Assembléia Legislativa, 2000. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/Legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=50058&hTexto=&Hid_IDNorma=50058. Acesso em: 12 nov. 2020.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos. **Diagnóstico da Situação da Pessoa Idosa no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, RS: Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos, 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190301/27130102-diagnostico-dos-direitos-humanos-da-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2020.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde**. Porto Alegre, RS: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-seers.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Portal BI Saúde**. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php>. Acesso em: 02 jul 2020.
- SAMPAIO, R. F; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(3):475-483, mar, 2009.
- SILVA, W.H. et. al. Avaliação da adesão ao tratamento farmacológico. **Rev. Bras. Ciên. de Farmacêuticas**. São Paulo, vol. 55, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502019000100572&tlng=en. Acesso em: 12 nov. 2020.
- SOARES, F. D. S. et. al. Características dos atendimentos de idosos realizados em casos de urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 3, n. 1, p. 129-147, jan./mar. 2016
- 1** Embora parte da diversidade observada nas idades mais avançadas reflita a herança genética, a maior parte desta diversidade surge das diferenças sociais entre as pessoas ao longo do curso de vida. Essas diferenças incluem determinantes e condicionantes em saúde como: habitação, trabalho e segurança. (OMS, 2015).
- 2** Define-se Autonomia como a capacidade de autogoverno, a qual se expressa na liberdade para a tomada de ação e decisão. Tem relação direta com a aptidão mental da pessoa. Independência significa ser capaz de realizar as atividades da vida diária sem o auxílio de terceiros. Dependência, por sua vez, refere-se à incapacidade de realizar as atividades cotidianas sem esse auxílio (BRASIL, 2006).
- 3** Autonomia e independência não são conceitos interdependentes, haja vista que o indivíduo pode ser independente e não ser autônomo, como acontece, por exemplo, nas demências. Na busca de uma melhor qualidade de vida da população tem-se investido no desenvolvimento de programas sociais e de saúde voltados para a preservação da independência e da autonomia, sendo metas fundamentais não só do governo, mas de todos os setores da sociedade (FERREIRA, 2012).
- 4** O autocuidado é uma função reguladora que permite aos indivíduos desempenharem, eles próprios, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar (GALVÃO, 2013).
- 5** A estratégia de "aprendizagem por pares" propõe atividades a serem incorporadas no processo de trabalho das equipes multiprofissionais das Estratégias de Saúde da Família no cuidado às condições crônicas: "Entre as atividades a serem incorporadas destacam-se a estratégia de cuidado das pessoas segundo riscos/vulnerabilidade, com intervenções individuais e coletivas conforme o estrato de risco; o cuidado compartilhado; o apoio ao autocuidado; a maior qualidade nos cuidados preventivos, inclusive na prevenção de uso desnecessário de tecnologias; de saberes e práticas oriundas da formação, incorporando conceitos das ciências sociais, intervenções comportamentais, neuropsicológicas, ambientais e econômicas - que podem se dar em programas de educação permanente, cursos, discussão de casos, consensos, aprendizagem entre pares, bem como na implementação de ações intersectoriais" (BRASIL, 2014).
- 6** Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM): serviço clínico pautado pela filosofia e processo de cuidado propostos na prática profissional da atenção farmacêutica de Cipolle, Strand e Morley (2004). Pacientes que utilizaram os serviços de GTM em diferentes cenários de prática obtiveram melhora no controle das doenças e atingiram os objetivos terapêuticos desejados.

[7](#) Acompanhamento Farmacoterapêutico: serviço no qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, através da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e de acompanhamento; o objetivo principal é a prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, obtendo resultados clínicos, redução de riscos e melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

[8](#) Desprescrição: é uma das estratégias que tem sido muito empregada para reduzir a polifarmácia e, conseqüentemente, seus riscos associados (Garfinkel, 2015).

ARITA BERGMANN
Av. Borges de Medeiros, 1501, 6º andar
Porto Alegre
Fone: 5132885800

Publicado no Caderno do Governo (DOE) do Rio Grande do Sul
Em 10 de Junho de 2021

Protocolo: **2021000556783**

Publicado a partir da página: **4**