



Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso

Área(s): Gerência de Ciclos de Vida/DCVPIS/SAPS/SES-DF

Elaborador(es)*: Equipe Técnica do NUSI (Núcleo de Saúde do Idoso)

Portaria SES-DF Nº 41 de 28/02/2014, publicada no DODF Nº 46 de 05/03/2014.

- **Metodologia de Busca da Literatura**

- a. Bases de dados consultadas**

A proposta de aplicação do modelo de atenção primária à saúde aos idosos na perspectiva de melhoria na qualidade de vida e saúde, por meio do acompanhamento sistemático nas unidades básicas de saúde está embasada nos seguintes documentos norteadores:

- a) Política Nacional de Atenção Básica – Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011
- b) Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006
- c) Política Distrital do Idoso – Lei nº 3.822 de 08 de fevereiro de 2006
- d) Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2010.
- e) Organização Pan-Americana de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, 2005.

- b. Palavra(s) chaves(s)**

Saúde do idoso, Avaliação Geriátrica, Serviços de Saúde para o Idoso, Idoso

- c. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

Não se aplica

- **Introdução**

**Os consultores preencheram o termo de conflito de interesses.*

Nas palavras de Gro Harlem Brundtland, diretor geral da OMS em 1999 “o envelhecimento da população é, antes de tudo, uma estória de sucesso para as políticas públicas de saúde, assim como para o desenvolvimento social e econômico.”¹. Se hoje o nosso país vive uma transição demográfica com o envelhecimento da população, novas políticas e ações devem surgir para se adequar a nova realidade. Enquanto na maior parte do mundo o envelhecimento é um processo gradual, no Brasil ele acontece de forma acelerada.

De acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) em 2000, o Distrito Federal tinha uma população de pouco mais de 2 milhões de pessoas, das quais 5,3% eram idosos. Em 2010, esse percentual era de 7,7%. As projeções para 2020 e 2030 são respectivamente, de 10,4% e 14,9%².

Dessa forma, o envelhecimento populacional exige mudanças na comunidade e em especial nos serviços de saúde.

Nesse sentido, a atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal segue os preceitos da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e da Política Distrital de Saúde do Idoso e envolvem tanto ações individuais quanto coletivas que visam a promoção e proteção a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde buscando uma atenção integral e integrada da pessoa idosa^{3,4,5}.

O foco das ações se dá na promoção do envelhecimento ativo e saudável, com a busca da manutenção da capacidade funcional e da autonomia do indivíduo.

O profissional que atende a pessoa idosa deve ter o esclarecimento de que cuidar do idoso não é o mesmo que cuidar de um adulto jovem, ele deve conhecer características específicas do envelhecimento, saber reconhecer sinais de perigo e saber como intervir nesse indivíduo além de buscar refletir sobre a finitude.

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem papel fundamental na atenção ao idoso, ela deve gerenciar o cuidado a este usuário, realizar seu plano de cuidados após uma avaliação multidimensional, buscar o auto-cuidado apoiado, sua monitorização, educar e dar suporte a família e conhecer e procurar recursos comunitários para dar suporte às necessidades do idoso.

Os profissionais das diversas áreas devem interagir por meio de um enfoque transdisciplinar. O atendimento por equipe concentra-se no/a cliente, evitando-se visões fragmentadas. As decisões devem ser compartilhadas em discussões conjuntas, resultando em uma intervenção mais eficaz.

Este protocolo tem como objetivo orientar a atenção em saúde do idoso no Distrito Federal, com vistas a promoção de uma atenção mais integral e capacitada.

- **Justificativa**

O protocolo de atenção à saúde do idoso do Distrito Federal é fundamental para o aprimoramento e qualificação da atenção dispensada ao idoso na Atenção Primária em Saúde. Padroniza ações e fluxos e subsidia a ação dos profissionais de saúde.

Tem como objetivos finais uma melhor qualidade da atenção à saúde do idoso e possibilitar o reconhecimento prévio de riscos de vulnerabilidades e ou de fragilidades nessa população, o que propicia intervenções precoces visando a manutenção da independência e autonomia, fundamentais para a boa qualidade de vida na velhice.

- **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

As doenças mais prevalentes na população idosa são:

- I10 a I15: Doenças Hipertensivas
- I60 a I69: Doenças Cerebrovasculares
- J10 a J21: Influenza (gripe) e pneumonia
- J40 a J47: Doenças crônicas de vias aéreas inferiores
- E10 a E14: Diabetes Mellitus
- G30 a G32: Doenças Degenerativas do Sistema Nervoso
- M15 a M19: Osteoartrose
- M80 a M85: Osteoporose
- N17 a N19: Insuficiência renal
- K20 a K31: Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno
- C00 a D48: Neoplasias (tumores)
- F30 a F39: Depressão
- G20 a G26: Doenças extrapiramidais e transtornos do movimento.

- **Diagnóstico Clínico ou Situacional**

Especial atenção deve ser dada às grandes síndromes geriátricas na atenção à saúde do idoso: insuficiência cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinências e iatrogenia. A insuficiência familiar também deve ser investigada.

Os principais diagnósticos encontrados no idoso na literatura são: Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Doença Vascular Encefálica, Infarto do Miocárdio, Pneumonia, Doenças Crônicas de Vias Aéreas Inferiores, Neoplasias, Osteoporose, Depressão, Demência, Instabilidade Postural e Quedas, Osteoartrites⁶. Vale ressaltar que as patologias descritas anteriormente constituem apenas alguns exemplos, considerando-se a complexidade clínica encontrada na pessoa idosa.

- **Critérios de Inclusão**

São considerados idosos no Brasil pessoas com 60 anos ou mais^{3,4,5,7}

A ficha de referência e contra-referência (modelo 100.139 de 05/2011) é necessária para o atendimento nos ambulatórios de geriatria sendo obrigatórios os seguintes critérios:

- ✓ 80 anos ou mais ou
- ✓ 60 anos ou mais com pelo menos um dos critérios abaixo:
 - Dependência nas atividades básicas de vida diária
 - Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, demência, depressão, delirium/confusão mental)
 - Parkinsonismo
 - Incontinência urinária ou fecal
 - Imobilidade parcial ou total
 - Instabilidade postural (quedas de repetição, fratura por baixo impacto- fêmur)
 - Polipatologia (5 ou mais diagnósticos)
 - Polifarmácia (5 ou mais medicamentos)
 - Descompensações clínicas ou internações frequentes

- **Critérios de Exclusão**

Este protocolo não se aplica a pessoas abaixo de 60 anos

- **Conduta**

O atendimento ao idoso deverá ser feito em todas as Unidades Básicas de Saúde como Centros de Saúde, Clínicas da Família, Equipes de Saúde da Família, Postos de Saúde Rurais e Urbanos e outros.

Os idosos devem ser acolhidos por qualquer servidor assim que entrarem na unidade e encaminhados para sala de acolhimento. Na sala de acolhimento ocorrerá a escuta qualificada (feita pelo enfermeiro), a classificação de risco e o encaminhamento das demandas que surgirem (consulta, grupos de orientação e práticas integrativas). Se for necessário o agendamento de consulta este será realizado imediatamente. Caso não haja vaga disponível o usuário deve ser inscrito em uma lista de espera que deve ser acompanhada pelo Núcleo de Regulação, Avaliação e Controle (NRCA).

A agenda da consulta deve ser semiaberta, ou seja, haverá espaço para atendimento de demandas espontâneas que realmente necessitem. A consulta deve ser por horário, o que evita a espera do usuário por longos períodos.

Os idosos têm prioridade de atendimento conforme consta no Estatuto do Idoso, artigo 3^a, parágrafo único, inciso I⁷, porém a classificação de risco deverá ser respeitada.

A atenção à saúde do idoso seguirá a estrutura proposta abaixo:

ACOLHIMENTO

O acolhimento é a porta de entrada na Unidade Básica de Saúde (UBS) e caracteriza-se por uma escuta qualificada às demandas dos usuários e de suas famílias, com a finalidade de identificar necessidades, criar vínculo, reconhecer fatores de risco, encaminhar para atendimentos de urgência, marcar consultas individuais ou em grupos e fornecer insumos, vacinas ou outras intervenções simples quando necessárias mesmo que não requisitadas^{3,8}. O profissional que acolhe deve ter clareza das ofertas existentes na Unidade e autonomia de fluxo dentro dela⁹.

O acolhimento não deve se restringir a uma sala em seu aspecto físico ou atender as demandas de acolhimento apenas em um horário determinado⁹. Ele implica em uma mudança de postura de todos os profissionais das UBS e deve ser realizado **diariamente em todo o período que compreenda o horário de funcionamento da UBS**. Durante a escuta qualificada é fundamental que se garanta a privacidade do usuário e de sua família. O importante é que haja profissional sensibilizado e disponível de modo que o acesso ao usuário na UBS seja uma janela de oportunidade para sua inserção no Sistema de Saúde¹⁰.

É importante a preocupação em não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade⁹.

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DO USUÁRIO

A avaliação de risco do usuário, que constitui importante garantia de acesso com equidade, deve ser realizada durante o acolhimento, o que possibilita identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência ou vulnerabilidade e proceder-se às devidas priorizações.

Na APS, especial atenção deve ser dada não somente ao risco de morte, mas também a situações que geram sofrimento tanto psíquico quanto físico, como dor, situação de violência e delirium.

As necessidades do usuário deverão ser classificadas em “não aguda” (intervenções programadas) e “aguda” (atendimento imediato, prioritário ou no dia)¹⁰.

As situações não agudas incluem pessoas saudáveis ou com doenças crônicas controladas, que procuram a unidade ou são captados por meio de busca ativa para sofrer ações que levam à promoção da saúde e prevenção de doenças ou agravos. Incluem-se neste contexto pessoas que buscam informações e orientações sobre o serviço da unidade, sobre sua saúde e da coletividade. Nesses casos serão realizados o agendamento de atendimento e o fornecimento de orientações.

As situações agudas ou crônicas agudizadas podem requerer diferentes priorizações. Em caso de risco de morte imediato, o usuário deve ser atendido pela equipe que procurará estabilizar o quadro e encaminhá-lo para um serviço de emergência.

Os casos que não implicam em risco de morte imediato, mas que geram sofrimentos serão avaliados: 1) Situações como crise asmática leve a moderada, dor com sofrimento, suspeitas de violência, dentre outros devem ser atendidos o mais breve possível. 2) Situações como dor leve, usuários que não conseguirão acessar o serviço em outro momento, renovação de medicação e conflitos familiares devem ser atendidos no mesmo dia.

A classificação dos casos segue conforme a tabela abaixo:

Tabela 1: Condutas em cada Classificação de Risco
Situação Aguda ou Crônica Agudizada
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento imediato: necessita de intervenção da equipe no mesmo momento. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, déficit neurológico agudo (paresia, plegia, disfasia, afasia), estado hiperosmolar.
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, dor com sofrimento intenso, suspeita de violência, pressão arterial maior que 160x110 mmHg, alterações significativas da glicemia ($\geq 400\text{mg/dl}$ com outros sintomas, desidratação, confusão mental)
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito por qualquer membro da equipe de nível superior. Ex.: dor leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg e menor que 160x110 mmHg com sintomas.
Situação Não Aguda
<ul style="list-style-type: none"> • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: imunização) • Agendamento/programação de intervenções (vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa). O usuário deve ser inscrito em uma lista de espera caso não haja vaga para o agendamento de consultas.
<p>Fonte: Tabela adaptada do Caderno de Atenção Básica Ministério da Saúde, número 28, volume II ano 2010¹⁰</p>

Para maiores informações sobre o Acolhimento, Classificação de Risco e sobre as queixas mais comuns na atenção básica ver Caderno de Atenção Básica nº 28, Ministério da Saúde, 2010.

AGENDA DE ATENDIMENTO AO IDOSO

Durante o agendamento de consultas para o idoso deve-se reservar 30 minutos para a duração de cada consulta, independente do profissional a atendê-lo. Deve ser realizado

para o período de início do horário do atendimento (início da manhã e/ou início da tarde). O número de vagas destinadas aos idosos irá depender da demanda a esse público na unidade.

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

Múltiplas comorbidades podem ser encontradas no idoso, além das descritas anteriormente, portanto, a avaliação do idoso deve ser multidimensional e frequentemente interdisciplinar, para que se possam determinar as fragilidades, principalmente com relação a sua capacidade funcional, objetivando o planejamento do cuidado e o acompanhamento longitudinal¹¹.

A avaliação multidimensional deve ser realizada preferencialmente pelo enfermeiro da atenção primária. O médico e os profissionais do NASF com formação na área de saúde do idoso também podem fazê-la. Ela sempre resulta em uma intervenção, seja aconselhamento, tratamento, reabilitação, encaminhamento com responsabilização ou indicação de internação. A solicitação de exames complementares e prescrições pelo enfermeiro devem seguir os protocolos aprovados.

A avaliação multidimensional do idoso deve basear-se prioritariamente nos tópicos abordados na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Caso haja falta da mesma ou necessidade de se consultar outro roteiro elaboramos o quadro 1.

A utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa contribui muito com a avaliação global do usuário e deve ser preenchida e/ou atualizada durante o atendimento. Muitas das informações solicitadas no quadro abaixo auxiliam na avaliação global da pessoa idosa e encontram-se na caderneta.

Quadro 1. Avaliação Multidimensional do idoso

Area Avaliada		Avaliação Simplificada	Condutas
Anamnese e exame físico completo			
Capacidade funcional (Atividades Diárias)		Avaliar a capacidade, sem auxílio, de realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária. (vide anexo 1)	Buscar causas se houver comprometimento.
Estado e risco nutricionais		Perda de peso maior de 5% nos últimos 6 meses, sem razão específica? Peso atual: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____ Circunferência da panturrilha: _____ cm	Intervalo normal de IMC em idosos: entre 22 e 27 Kg/m ² Atenção para risco de sarcopenia se circunferência da panturrilha < 31 cm Buscar causas e encaminhar para o nutricionista na constatação de alterações.
Deficiências Sensoriais	Visão	Presença de dificuldade para realizar atividades de vida diária devido a problemas visuais?	Avaliação oftalmológica
	Audição	Utilização de alguns questionamentos: 1. Compreende a fala em situações	Encaminhar para o otorrino na presença de alterações.

		sociais? 2. Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado?	Se possível verificar a presença de cerume (otoscopia).
Saúde Bucal		Avaliar cavidade oral, presença e conservação dos dentes e estado da gengiva. No uso de prótese parcial ou total retirá-la e examinar a região.	Na presença de alterações, má adaptação da prótese ou dificuldade de orientação na higienização bucal encaminhar para o odontólogo.
Incontinência urinária		Presença de perda involuntária de urina? Se sim, este fato provoca incômodo ou embaraço?	Na presença de alterações encaminhar para avaliação médica.
Constipação Intestinal		Avaliar presença de esforço evacuatório, fezes ressecadas, hábito intestinal > 3 dias e sensação de esvaziamento incompleto.	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Reeducação intestinal: 2. Consumo de fibras e adequada ingestão hídrica 3. Respeito ao desejo de evacuar 4. Tentativa de manter horário fixo para evacuar 5. Massagem abdominal sentido horário 6. Prescrição de medicamento pelo médico caso indicado.
Atividade Sexual		Problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Avaliar comorbidades associadas (físicas e mentais) e efeitos colaterais das medicações em uso. Orientações sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Estimular cessação do tabagismo. Avaliação médica.
Condições emocionais		Presença de cinco ou mais dos sintomas abaixo descritos presentes durante o período de duas semanas (todos os dias ou quase todos os dias) e que representaram alterações do status prévio. Obrigatoriamente o sintoma (1) ou (2) tem que estar presente. <ol style="list-style-type: none"> 1. Interesse ou prazer acentuadamente diminuído 2. Humor deprimido indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros 3. Diminuição ou aumento significativo de peso ou do apetite 4. Insônia ou hipersonia 5. Agitação ou retardo psicomotor 6. Fadiga ou perda de energia 7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada 8. Capacidade diminuída de concentrar-se ou pensar 9. Pensamentos recorrentes de morte 	Atuação nos fatores predisponentes ou precipitantes (ex.: institucionalização, morte de familiar, doenças incapacitantes/ dolorosas, solidão...) Encaminhar para Psicoterapia ou Terapia comunitária e outras práticas integrativas. Avaliação médica.
Função Cognitiva		Avaliar orientação espacial/ temporal e perda da memória recente.	Alterações significativas ou que alertam para o diagnóstico de síndrome demencial agendar matriciamento com geriatra e/ou encaminhar para o geriatra.
Sono		Queixas de insônia	Orientar higiene do sono. Encaminhar para o médico: investigação diagnóstica e tratamento.

Equilíbrio e Mobilidade	Avaliar equilíbrio e marcha.	Encaminhar para a fisioterapia na presença de alterações significativas.
Osteoporose e Quedas	Investigar presença de fatores de risco para osteoporose: história familiar, raça branca, baixo peso, fratura prévia, tabagismo, alcoolismo, inatividade física, dieta pobre em cálcio, uso de algumas drogas, (principalmente corticoide). Investigar ocorrência de quedas em um ano. Avaliação etiológica das quedas.	Ações de prevenção: - Alimentação rica em cálcio ou suplementação se necessário. - Atividade física regular no mínimo três vezes por semana. - Exposição solar (15 a 20 minutos sem protetor solar). - Avaliação diagnóstica pelo médico. Intervenção multifatorial quando detectados história ou risco de quedas.
Condições ambientais (Domicílio)	Avaliar segurança domiciliar (presença de escadas, tapetes, corrimões), acessibilidade, higiene.	Modificações ambientais se possível.
Imunização	Verificar situação vacinal, especialmente as listadas abaixo: •Vacina Influenza: anualmente •Vacina pneumocócica 23 valente: Administrar a 1ª dose em idosos que vivem em instituições fechadas e a 2ª após 05 anos. É oferecida no mesmo período de vacinação contra influenza.	Imunização quando indicada. Outras indicações da pneumocócica 23 podem ser analisadas no Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais/ Ministério da Saúde.
Disponibilidade e adequação de suporte familiar e social	A pessoa idosa mora sozinha? Possui alguém que poderia ajudá-la (o) caso necessite? Participa de atividades sociais? Verificar indícios de maus tratos e sobrecarga dos cuidadores.	Caso indicado, avaliação da assistente social. Preencher a ficha de notificação compulsória nos casos de suspeita ou confirmação de violência e maus tratos contra a pessoa idosa. Oferecer redes de apoio social.
Rastreamento de Câncer	O rastreamento de câncer segue as orientações abaixo: - Mamografia, a cada 2 anos - Papanicolau a cada três anos até os 64 anos, independente de vida sexual ativa. - Sangue oculto nas fezes anualmente - Colonoscopia a cada 5 anos À critério médico ou do usuário esses exames podem ser realizados fora do período de rastreamento Obs. O PSA não deve ser solicitado para rastreio de câncer de próstata.	
Solicitação de exames complementares	Após avaliação e segundo necessidade	

Depois de realizada avaliação multidimensional do idoso e o levantamento de problemas deve-se planejar ações preventivas, promocionais, curativas, reabilitadoras e/ou paliativas.

Nos casos em que a equipe tenha dúvidas ou dificuldades na condução de um caso pode solicitar o matriciamento que será realizado por profissional da equipe de geriatra e gerontologia de referência.

MATRICIAMENTO

O matriciamento tem como objetivo geral assegurar retaguarda especializada em geriatria e gerontologia às equipes e tem como objetivos específicos:

- Ampliar conhecimentos em saúde do idoso na Atenção Primária de Saúde;
- Possibilitar a integração dialogada entre os profissionais especializados (geriatras e gerontólogos) e os profissionais que gerenciam o cuidado (equipe de referência);
- Proporcionar maior eficácia e eficiência na atenção ao idoso no Distrito Federal;
- Evitar sobrecarga do serviço especializado de geriatria/gerontologia.

O matriciamento é uma metodologia de trabalho complementar aos sistemas de referência e contra referência. Os geriatras e gerontólogos dos ambulatórios de referência realizam o matriciamento presencialmente nos Centros de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Atenção Domiciliar para esclarecer dúvidas e discutir casos.

O agendamento é realizado por intermédio dos coordenadores do programa de atenção integral à saúde do idoso (PAISI) em comum acordo com a unidade de saúde requisitante.

REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

A referência para os ambulatórios de geriatria/gerontologia deve ser realizada por profissional médico por meio do preenchimento da ficha de referência e contra-referência (mod. 100.139, 05/2011), onde estão assinalados os critérios para atendimento na geriatria.

O médico assistente deve expor claramente a situação que está sendo encaminhada para o especialista, assim como os procedimentos e tratamentos já realizados, os resultados obtidos e deixar claro o motivo do encaminhamento.

Após a avaliação do geriatra, o usuário deverá ser contra referenciado para sua unidade de saúde ou permanecer na atenção especializada e nessa última situação, a equipe da APS deverá manter o vínculo com idoso de sua área.

PERIODICIDADE DE CONSULTAS

A avaliação multidimensional do idoso deve ser realizada anualmente.

Todo idoso deve ser avaliado no mínimo uma vez ao ano pelo médico e cirurgião dentista da atenção primária.

O idoso portador de agravo crônico deverá passar por uma consulta a cada seis meses ou em intervalos menores dependendo do caso.

8.1 Conduta Preventiva

A promoção do envelhecimento ativo e saudável é uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006)⁴.

O envelhecimento ativo tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade, enfatizando a autonomia e independência. Refere-se à participação contínua da pessoa ou de um grupo nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho¹².

As condutas preventivas possíveis de serem realizadas na atenção à saúde são:

- Manutenção da independência e autonomia
- Participação ativa na família e comunidade
- Estímulo à prática de atividades físicas regulares
- Participação nas Práticas integrativas em Saúde como: auto massagem, tai chi chuan, meditação, musicoterapia, Lian Gong, Terapia Comunitária, acupuntura.
- Estímulo à continuidade da atividade intelectual com participação no ensino formal, cursos de línguas, inclusão digital, de atividades manuais, dentre outros.
- Controle dos agravos crônicos existentes (hipertensão, diabetes, osteoporose, osteoartrites, depressão).
- Cessação do etilismo e tabagismo
- Participação nos grupos de educação em saúde

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Os tratamentos não farmacológicos são importantes e requerem mudança de estilo de vida e equipe multidisciplinar de apoio (nutrição, assistência social, fisioterapia, odontólogo, acupuntura).

8.3 Tratamento Farmacológico

Será realizado conforme condições clínicas e comorbidades apresentadas pelos usuários.

8.3.1 Fármaco(s)

O uso de fármacos na pessoa idosa deve ser criterioso. A prescrição médica é individualizada atentando-se para os agravos existentes e possíveis efeitos adversos das medicações.

8.3.2 Esquema de Administração

A administração de fármacos seguirão protocolos específicos

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Depende do estado clínico do paciente e da patologia em questão.

8.4 Benefícios Esperados

Espera-se que com o cumprimento do protocolo seja possível:

- ✓ A realização da avaliação multidimensional do idoso
- ✓ O reconhecimento prévio de situações que podem levar a incapacidades do idoso
- ✓ A atuação precoce em situações com risco de vulnerabilidade e de fragilidade
- ✓ Manutenção da independência e autonomia dos indivíduos
- ✓ Promoção de um envelhecimento ativo e saudável

- **Monitorização**

A monitorização da atenção dada à saúde do idoso deve ocorrer por meio do acompanhamento e avaliação dos seguintes dados:

- Proporção de idosos cadastrados na unidade de saúde
- Proporção de idosos acompanhados no domicílio
- Número de idosos encaminhados para serviço especializado (geriatria)
- Número de idosos com dificuldade para realizar pelo menos uma atividade básica de vida diária
- Número de idosos com risco de fragilidade/ vulnerabilidade pela caderneta
- Número de cadernetas preenchidas adequadamente

- **Acompanhamento Pós-tratamento**

Não se aplica.

- **Fluxograma**

Vide Anexo 2.

- **Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

O controle e avaliação pelo gestor sobre a implantação do protocolo se dará por meio de visitas de supervisão dos coordenadores de saúde do idoso e do Núcleo de Saúde do Idoso, por análise dos relatórios emitidos pelos coordenadores do PAISI e monitoramento do sistema de informação.

- **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

Não se aplica.

- **Referências Bibliográficas**

1. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2015. 60 p.
2. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. Perfil da população idosa do Distrito Federal. Brasília. 2012.
3. Política Nacional de Atenção Básica – Portaria nº2.488 de 21 de outubro de 2011
4. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006
5. Política Distrital do Idoso – Lei nº 3.822 de 08 de fevereiro de 2006
6. FREITAS EV, PY L, CANÇADO FAX, DOLL J, GORZONI M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.
7. Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003
8. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF. 2010.
9. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 28 – Acolhimento a Demanda espontânea. Volume I. Brasília, DF. 2012.
10. Ministério da Saúde. Caderno de atenção Básica nº 28 – Acolhimento a Demanda espontânea. Volume II. Brasília, DF. 2012.
11. (Elisa Franco de Assis Costa, Estelamaris Tronco Monego).
12. Organização Pan-Americana de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, 2005.
13. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.