



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

KEYTH REGINA VITAL

**PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADOS AO
PACIENTE IDOSO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Pesquisa Clínica (Mestrado Profissional) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) para obtenção do Título de Mestre em Pesquisa Clínica.

Orientadora: Prof.^a Associada Dra. Adriana Polachini do Valle

**BOTUCATU – SP
2023**

KEYTH REGINA VITAL

**PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADOS AO
PACIENTE IDOSO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Pesquisa Clínica (Mestrado Profissional) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) para obtenção do Título de Mestre em Pesquisa Clínica.

Orientadora: Prof.^a Associada Adriana Polachini do Valle

BOTUCATU – SP

2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Vital, Keyth Regina.

Plano de ação para implementação da linha de cuidados
ao paciente idoso no Sistema Único de Saúde / Keyth Regina
Vital. - Botucatu, 2023

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Adriana Polachini do Valle

Capes: 60202033

1. Envelhecimento. 2. Gestão em saúde. 3. Políticas
públicas. 4. Política de saúde. 5. Saúde do idoso.

Palavras-chave: Envelhecimento; Gestão em saúde; Linha de
cuidado; Políticas públicas ao idoso; Saúde do idoso.

AO MEU TIO CARLINHO, AMOR ETERNO.

UM DIA, OLHAREI NOVAMENTE PARA ESSES OLHOS CINZENTOS...

ENTÃO, OS SÁBADOS JÁ NÃO SERÃO CINZENTOS PARA MIM!

AGRADECIMENTOS – Experiências de Vida, momentos...

À minha orientadora, Professora Adriana, por seu tempo e ensinamento. Por ter acreditado e me estimulado nessa etapa de vida tão sonhada. Por seu sorriso doce quando pensei em desistir, e sua paciência em me impulsionar. Na qualificação você disse: “Ninguém sabe mais sobre isso do que você!” Quero que saiba de uma coisa: Eu não conseguiria sem você. Mudou a minha vida!

Aos docentes do Programa Pesquisa Clínica que contribuíram para minha formação, levarei vocês como parte de quem sou, acredito que o saber é o maior presente que podemos receber na vida.

Às bancas de qualificação, Professores: Marcelo Laneza, Patrick Wachholz, Cátia Fonseca e Alessandro Mondelli e, defesa, Professores: Rossano Bonatto, Marisa Accioly, Silvana Molina e Ruth Caldeira, por dispor de tempo e contribuir em minha dissertação. Uma honra tê-los como parte de minha experiência acadêmica.

À equipe FMB: da Pós-graduação, em especial, Dani Zorzin, que respondeu gentilmente a muitas dúvidas, ao pessoal da Informática no apoio e organização para apresentação do trabalho à banca, e à Biblioteca do Campus de Botucatu, com o trabalho, seus cursos rápidos de apoio nessa dura caminhada e em outras questões.

À Secretaria de Saúde de Botucatu: Keko, Cris Heinsle, Ana Luque, Valéria Manduca, Dani Caldas e Equipe Crescer por fornecerem dados e informações referentes à saúde no município de Botucatu e aos idosos atendidos nas UBSs, possibilitando as etapas e estudos dessa dissertação. Também agradeço as profissionais de saúde que responderam minha pesquisa prontamente. Minha percepção foi que Botucatu está em mãos calejadas que nutrem desejo e fé na saúde dos cidadãos.

Aos meus colegas de trabalho do DGAA, pela compreensão, apoio, torcida e bolos. Minha linda chefe, Ju Rugolo, com sua percepção de conhecimento = crescimento. O amado Alan Francisco, que me salvou da “Torre de Sauron”, sem nem saber. A incrível Shirley, queridíssima Shi, você valoriza cada passinho nosso. Amo isso! E todos: Mônica, Ju Coneglian, Rosana, Pedro, Marília, Lucas, Victor, Silvana, cada um com seu super poder. Um agradecimento especial ao meu amigo, Sandrinho que, além de parceiro no DGAA, contribuiu muito na publicação do meu produto final, com muita dedicação, paciência e sugestões importantes.

AGRADECIMENTOS – Raízes

Agradeço a todos, bons e maus. À fluidez da vida, o ir e vir de pessoas que traz dor e amor, com a mudança em nós. O impacto de cada ato até aqui, me fez a pessoa empolgada e batalhadora, que sou e, fiel à minha essência.

Ao meu filho, Gustavo, o maior amor que existe. Meu amigo, meu Gutabinho, meu filósofo e psicólogo particular. Grata por todo o seu apoio, palavras de incentivo, e por ser o grande motivo por eu me manter firme e focada.

À minha mãe, Rex, que nunca desistiu, mesmo quando as lágrimas a impediam de ver o Sol lá fora. Mãe perdoe quando minhas decisões a magoaram. Saiba que essa dissertação também é sua. Conseguimos!

À irmã mais linda do mundo (em todos os sentidos). A mulher mais forte que conhecerei nesta vida. Aline, você me resgatou, foi você que me trouxe de volta. Gratidão eterna!

Aos meus irmãos: Rafael e Chrystiam, por não me esquecerem, por me deixarem permanecer em vocês.

À família. Família meu sangue, pilar e história. A todos que contribuem para o dia nascer feliz: Selma e Nerso, Nenê, Vítor, Jânio, Adri e Dani, Letícia, Ju, Lela, Vitinho, Juju, Beka, Lucas, Pedro, João, Matheus e Biel, Bi e Breninho. Nossas reuniões, conversas, memórias.

Aos meus amores: Tom Miu, Lelê e Mimi que transitam entre PC e anotações. Um cafunezinho, um miadinho e a certeza de amor verdadeiro! Sempre imagino Deus sentado na grama verde, observando gatos a brincar, essa é minha visão serena e doce de um mundo perfeito.

À minha ancestralidade, aos meus idosos... meus avós: Júlia Franco, Lourdes e José de Andrade, a lembrança de vocês não se esvai. Um acréscimo, minha avozinha Albertina, que hoje, me inspira nessa “coisa de ser neta” de novo. Já tinha me esquecido, como era bom ouvir histórias...

E, a você, meu lobo, meu herói, meu Bruno. Bem haja! Por deitar comigo no fundo do poço e ter a paciência de esperar o momento certo de levantar! Amo-te! Foi sempre você, e sempre, por você!

Não sei se andei depressa demais

...

Mas sei, que algum sorriso eu perdi!

...

Vou pedir ao tempo que me dê mais tempo

Para olhar para ti.

...

De agora em diante, não serei distante

Eu vou estar aqui.

(O Tempo não para – Mariza).

RESUMO

Introdução: A presente pesquisa destacou a importância da implementação efetiva da Linha de cuidado da Pessoa Idosa em municípios onde essa abordagem ainda não se encontra firmemente estabelecida. Os modelos de cuidados para idosos, baseados na estratificação de riscos, diagnósticos multidimensionais e metas terapêuticas bem definidas, são fundamentais para atender às necessidades complexas dessa população crescente. No entanto, mesmo havendo um consenso sobre a relevância dessa linha de cuidado, a sua aplicação prática tem sido limitada.

Objetivo: Apresentar mapeamento de necessidades e indicar estratégias de intervenção para implementação bem-sucedida da atenção integral à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde.

Metodologia: Através de uma abordagem descritiva e exploratória, e com base em dados de acesso público, utilizou-se o município de Botucatu, SP, como um exemplo das etapas do processo. A seguir foi realizado um diagnóstico situacional sobre a atenção integral à saúde do idoso e indicado ações para resolução dos problemas levantados.

Resultados: O diagnóstico situacional revelou desafios como a necessidade de capacitação das equipes de atenção primária, otimização do papel das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Atenção Domiciliar, ampliação dos recursos de atenção especializada e acesso facilitado a cuidados de longa duração. Como resultado, foi proposto um conjunto de ações que visam mitigar esses problemas e elevar o padrão de qualidade do atendimento prestado.

Conclusão: Conclui-se, portanto, que o estudo situacional identificou um município com uma população idosa significativa e desafios na implementação integral da Linha de Cuidado. As medidas sugeridas têm o propósito de enfrentar esses desafios de maneira proativa, buscando aprimorar a eficácia do sistema de saúde em lidar com as necessidades particulares dos idosos. Ao fazer isso, aspira-se a proporcionar um cuidado mais qualificado, abrangente e adequado às demandas desse grupo etário crescente e crucial para a nossa sociedade.

Palavras – Chave: Envelhecimento, saúde do idoso, gestão em saúde, linha de cuidado, políticas públicas ao idoso.

ABSTRACT

Introduction: This research emphasized the importance of the effective implementation of the Older People Care Continuum in municipalities where this approach is not yet firmly established. Models of care for the elderly, based on risk stratification, multidimensional diagnoses, and well-defined therapeutic goals, are crucial to meet the complex needs of this growing population. However, despite a consensus on the relevance of this care continuum, its practical application has been limited.

Objective: To present a needs assessment and indicate intervention strategies for the successful implementation of comprehensive care for older people within the Unified Health System.

Methodology: Through a descriptive and exploratory approach, and based on publicly accessible data, the municipality of Botucatu, SP, was used as an example of the process's stages. A situational diagnosis of comprehensive older people health care was then conducted, and actions were proposed to address the identified issues.

Results: The situational diagnosis revealed challenges such as the need to train primary care teams, optimize the role of Family Health Support Center (NASF) teams and Home Care, expand specialized care resources, and facilitate access to long-term care. As a result, a set of actions was proposed to mitigate these problems and enhance the quality standard of provided care.

Conclusion: In conclusion, the situational study identified a municipality with a significant older people population and challenges in the full implementation of the Care Continuum. The suggested measures aim to proactively address these challenges, seeking to enhance the health system's effectiveness in addressing the specific needs of the older people. In doing so, the aspiration is to provide more qualified, comprehensive, and appropriate care to meet the demands of this growing and crucial age group in our society.

Keywords: Aging, elderly health, health management, care continuum, public elderly policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Proporção de população idosa do município de Botucatu - 2000 a 2018.....	27
Figura 2 – Número de médicos por 100 mil habitantes, 2000 a 2019, comparações entre o município de Botucatu, o estado de São Paulo, a região Sudeste e país.....	30
Figura 3 - Fluxograma: Proposta de hierarquização do cuidado.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de idosos segundo faixas etárias, Botucatu-SP, 2021.....	27
Tabela 2 – Estimativa do número de idosos do município de Botucatu de acordo com perfis de funcionalidade, baseado nas prevalências de estudo realizado em Belo Horizonte, 2021.....	28
Tabela 3 – Indicadores socioeconômicos e de saúde dos idosos residentes no município de Botucatu-SP, 2021.....	29
Tabela 4 – Indicadores de atenção à saúde dos idosos – Botucatu, SP-2019.....	30
Tabela 5 – Entrevista com profissionais de saúde atuantes em Unidades Básicas de Saúde, Botucatu, 2023.....	37
Tabela 6 – Ferramenta de triagem ICOPE.....	46
Tabela 7 – Escala de Lawton – Atividade instrumental da vida diária.....	48
Tabela 8 – Índice de Katz – Avaliação das ABVD.....	49
Tabela 9 – Classificação de risco dos idosos segundo ferramentas ICOPE, Índice de Katz e Escala de Lawton.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AD	Atenção Domiciliar
ACO	Acompanhamento Domiciliar
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária em Saúde
ASFA	Associação Sagrada Família
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CECAP	Caixa Estadual de Casas para o Povo
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COHAB	Conjunto Habitacional
CR	Classificação de Risco
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
CSI	Clínica de Saúde Integral
DRS	Departamento Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
FAMESP	Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HBAIRRO	Hospital do Bairro
HCFMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
HCP	Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados
HEBO	Hospital Estadual de Botucatu
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICOPE	Integrated care for older people (Atenção Integrada para a Pessoa Idosa)
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social
PCI	Plano de Cuidados Individual
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMB	Prefeitura Municipal de Botucatu
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSA	Pronto-socorro Adulto
PSP	Pronto-socorro Pediátrico
PSR	Pronto-socorro Referenciado
PTI	Plano Terapêutico do Idoso
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARAD	Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados do Governo do Estado de São Paulo
SES	Secretaria de Saúde
SISAP	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SUS	Sistema Único de Saúde
UAC	Unidade de Avaliação e Controle
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCP	Unidade de Cuidados Prolongados
UNACON	Unidades de Alta Complexidade em Oncologia
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO.....	16
II.	JUSTIFICATIVA.....	23
III.	OBJETIVO.....	23
IV.	MÉTODO.....	24
V.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
VI.	CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO.....	60
VII.	REFERÊNCIAS.....	63
VIII.	ANEXO.....	71

PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE IDOSO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

I – INTRODUÇÃO

De acordo com a prévia de informações do censo divulgadas em julho de 2023 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, a parcela de pessoas idosas (com 60 anos ou mais de idade) representou 15,1% da população, frente à estimativa de 11,3% realizada em 2012. Entre 2012 e 2022, destaca-se também a queda da participação das pessoas de 10 a 13 anos (de 6,7% para 5,4%) e de 14 a 17 anos de idade (de 7,1% para 5,6%)¹. Ainda, projeções de longo prazo do IBGE indicam que 25,5% da população brasileira será idosa em 2060 e que o montante entre idosos e crianças chegará a 67,2% da população².

O envelhecimento é um reflexo positivo do desenvolvimento humano e social, indicando conquistas na área da saúde e qualidade de vida. Dessa forma, a sociedade deve estar preparada para lidar com as mudanças demográficas e promover uma abordagem inclusiva e adequada para atender às necessidades das pessoas idosas em diversos aspectos tais como: previdência social, saúde, mercado de trabalho, família e cuidados.

Considerando os aspectos e princípios legais, o Estatuto do Idoso³ dispõe no Art. 3º: *“a obrigação à família, à comunidade, à sociedade e ao poder público, o amparo ao idoso, assegurando efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”*.

No que tange à saúde do idoso, especificamente no Sistema Único de Saúde (SUS), alguns paradigmas precisarão ser quebrados, como exemplo, os modelos centrados na atenção hospitalar⁴. Uma reorganização do sistema de cuidados é essencial e demanda por modelo centrado na comunidade, sendo a atenção básica o principal nível para ações voltadas ao idoso. Em outros níveis de atenção, equipes geriátricas e gerontológicas deverão realizar atendimentos especializados. Outros serviços também se fazem necessários tais como cuidados de longa duração, serviços de atenção integral como as residências ou Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e Centros Dia.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁵, o

principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária e, conseqüente, a dependência de outras pessoas.

A redução da capacidade funcional aumenta o risco de vulnerabilidade e fragilidade. Além disso, ambientes excludentes ou não inclusivos podem dificultar a participação e contribuição de pessoas com habilidades funcionais reduzidas, sejam idosas ou não, na comunidade. Embora o envelhecimento não seja o único fator que contribui para a redução da funcionalidade, ele está associado ao risco de desenvolvimento simultâneo de várias doenças ou condições crônicas, fenômeno conhecido como multimorbidade⁶.

Os impactos resultantes da interseção do envelhecimento com a multimorbidade exercem influência significativamente maior na qualidade de vida, na realização das atividades cotidianas, no risco de mortalidade, no consumo de recursos de saúde e nos custos, em comparação com os efeitos de doenças que se apresentam de forma isolada. À medida que o número de doenças crônicas concomitantes aumenta, cresce também o risco de declínio funcional, comprometendo a autonomia e independência das pessoas idosas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷, a habilidade funcional é a interação entre os recursos físicos e mentais do indivíduo (ou seja, sua capacidade intrínseca) e os ambientes, tanto físicos quanto sociais, nos quais ele está inserido. Essa interação visa realizar atividades consideradas cruciais para a própria pessoa e para sua subsistência. A avaliação da habilidade funcional possibilita mensurar tanto o desempenho de atividades vitais para o autocuidado (como banho, alimentação e vestimenta), chamadas de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), quanto a capacidade de executar atividades mais complexas (como interagir com a família, o ambiente físico, a comunidade e se deslocar em seu território), denominadas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Avaliações como o Índice de Katz⁸ (utilizado para avaliar as ABVD) e a Escala de Lawton⁹ (que mensura as AIVD) são ferramentas práticas que buscam avaliar o nível de dificuldade e a necessidade de assistência de terceiros na realização das atividades. Esses instrumentos classificam o idoso quanto ao grau de dependência em: independente, parcialmente dependente e dependente. Apesar das limitações

inerentes a essas medidas como indicadores de disfunção funcional, elas são amplamente empregadas como recursos valiosos para avaliar a funcionalidade dos idosos em diversas situações clínicas e de pesquisa.

No Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)¹⁰, observou-se que, no município de São Paulo em 2000, cerca de 19,2% dos idosos relataram encontrar dificuldades no desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), sendo que, destes, 70,5% deles enfrentaram desafios em uma ou duas atividades, enquanto 29,5% tiveram dificuldades em três ou mais atividades. Além disso, constatou-se que 26,3% dos idosos enfrentaram obstáculos nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), com 58,2% deles encontrando dificuldades em uma ou duas atividades e 41,8% em três ou mais atividades. Após um período de seis anos, houve um aumento na proporção de idosos enfrentando dificuldades em ambas as categorias de atividades. O percentual de idosos com dificuldades nas ABVD aumentou para 26,6%, enquanto nas AIVD para 38,5%.

A capacidade funcional é suscetível a mudanças ao longo do processo de envelhecimento, com flutuações que podem ocorrer em várias direções. A necessidade de cuidados pode surgir de forma abrupta devido a um problema agudo, podendo ser temporária ou resultar em sequelas crônicas. Diante desse cenário, surge a exigência por cuidados de longa duração, que frequentemente requerem o apoio de cuidadores e profissionais de saúde. Esses cuidados podem ser contínuos ou intermitentes, geralmente fornecidos durante períodos prolongados para aqueles que experimentam algum grau de declínio na funcionalidade⁴.

Nesse contexto, torna-se imperativo que as políticas públicas e os serviços de saúde se reestruturem para atender à demanda de cuidados de longa duração com excelência e resolutividade. Essa reorganização deve também ser alinhada aos princípios de eficiência financeira do SUS¹¹.

O grande desafio dos sistemas de saúde perante o envelhecimento populacional é promover o envelhecimento saudável para desacelerar o aumento do número de dependentes de cuidados. O cuidado abrangente e preventivo pode ajudar a identificar precocemente condições de saúde, evitando que se agravem, o que pode resultar em menos hospitalizações, menor necessidade de cuidados prolongados e redução nas complicações e sequelas de doenças.

No ano de 2018, O Ministério da Saúde lançou diretrizes destinadas a orientar

a criação e implementação da Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde das Pessoas Idosas no âmbito do SUS¹². O enfoque desse documento é fornecer um direcionamento. O ponto de partida consiste em triagem por meio de avaliação multidimensional, além da utilização da "Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa"¹³. Essa caderneta considera diversos aspectos, tais como clínicos, nutricionais, polifarmácia, quedas, dor crônica, hábitos de vida, deficiências sensoriais, questões psicossociais, apoio familiar, modificações cognitivas e emocionais, bem como limitações físicas e incapacidades. Além de auxiliar na identificação de necessidades de cuidados prolongados, essa ferramenta permite identificar indivíduos idosos em situação de vulnerabilidade. No entanto, a caderneta está na sua quinta edição e poucos estudos realizados avaliando seu uso indicam que os profissionais da saúde a empregam de forma limitada ^{14,15}.

Após a estratificação de risco por meio da avaliação multidimensional, é possível traçar os "percursos assistenciais", estabelecendo assim o encaminhamento dos idosos de acordo com seu grau de funcionalidade.

As Orientações Técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS¹² proposta pelo MS ressalta a relevância da articulação entre serviços e setores e, propõe avaliações e assistência hierarquizada, a fim de proteger o comprometimento da capacidade funcional, nos diferentes pontos de Atenção em Saúde:

Atenção Básica¹⁶⁻¹⁸: Cadastramento/listagem territorial do paciente e suas necessidades, abordagem inicial do paciente, avaliação multidimensional, elaboração de projeto terapêutico singular, ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS), além da integração com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Atenção Domiciliar (AD).

Atenção Domiciliar (AD)¹⁹⁻²¹: A Atenção Domiciliar é recomendada para indivíduos em estabilidade clínica que necessitam de cuidados de saúde no ambiente domiciliar, seja temporária ou permanentemente, devido a limitações de mobilidade ou fragilidade. Esse leque de cuidados engloba tratamento, alívio de sintomas, reabilitação e prevenção de problemas de saúde, com o propósito de aumentar a autonomia não apenas do paciente, mas também da família e dos cuidadores. No âmbito do SUS, a Atenção Domiciliar pode ser fornecida por equipes da Estratégia

Saúde da Família da Atenção Básica ou por equipes multiprofissionais de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)¹⁹⁻²¹, como o Programa Melhor em Casa. A escolha entre as modalidades AD1, AD2 ou AD3 depende da intensidade dos cuidados necessários, da frequência das visitas/atendimentos e da utilização de procedimentos mais complexos. A modalidade AD1 engloba equipes da Saúde da Família com suporte adicional, enquanto a AD2 e AD3 ficam sob a responsabilidade das equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar. A modalidade AD2 é destinada a pacientes que enfrentam problemas de saúde e têm dificuldade ou incapacidade física de se locomover até uma unidade de saúde. Eles necessitam de uma frequência maior de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento temporário até que seu quadro se estabilize, seguindo o Plano Terapêutico Singular estabelecido. Pacientes nessa modalidade podem ser provenientes de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de cuidados mais frequentes e intensos do que a rede básica pode oferecer. Por sua vez, a modalidade AD3 é voltada para indivíduos semelhantes aos da AD2, mas que requerem o uso de equipamentos específicos. São pacientes mais complexos que dificilmente serão liberados do acompanhamento domiciliar.

Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar: Quando esgotados os recursos disponíveis na Atenção Básica, necessidade de avaliação especializada ou procedimentos de maior complexidade, a AB deve recorrer à atenção especializada de equipes multidisciplinares como a oferecida por Ambulatório Médico de Especialidades (AME)²², Centros de Referência da Pessoa Idosa²³ Unidades de Serviços Complementares e/ou Hospitalares.

Atenção às Urgências e Emergências²⁴: Em situações de agravos os idosos deverão obter atenção ágil e oportuna de serviços/equipamentos especializados nas urgências e emergências, como SAMU, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto-Socorro (PS).

Cuidados Prolongados^{25,26}: Essa abordagem se destaca por prover uma forma de cuidado intermediária entre as intervenções hospitalares de natureza aguda ou crônica reagudizada e a atenção primária, incluindo até mesmo a assistência domiciliar. Tais cuidados têm como objetivo preparar o usuário para o retorno ao ambiente domiciliar.

Cuidados Paliativos: A linha de cuidado prevê, em situações de doença ameaçadora a vida, a abordagem do idoso e seus familiares com os Cuidados

Paliativos. Estes cuidados podem ser oferecidos por qualquer profissional capacitado⁷ que cuide de pacientes graves ou por Equipe Especializada em Cuidado Paliativo, o qual é oferecido por profissionais capacitados na área ou equipes de atenção domiciliar devidamente credenciadas nos municípios;

Articulação Intersetorial: Visa a integralidade e intersectoridade do cuidado à pessoa idosa com planejamento e ações conjuntas das políticas públicas. Nesse contexto estão os Serviços Socioassistenciais e o sistema de justiça e direitos humanos. Desta forma a linha de cuidado para a saúde do idoso proposta pelo MS abrange todos os percursos necessários ao cuidado desta população e ressalta a relevância da articulação entre serviços e setores.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) também propõe atenção à pessoa idosa de forma integrada e, disponibilizou um modelo de cuidado propondo intervenções na comunidade com o manejo das perdas capacidades físicas e mentais de um indivíduo (capacidade intrínseca) de forma holística e integrada denominado Integrate Care for Older People (ICOPE)²⁷.

O programa ICOPE foi projetado para ser implementado por profissionais de saúde e cuidadores que trabalham com pessoas idosas em diversos contextos de cuidados, incluindo cuidados primários, hospitais, instalações de cuidados de longa duração e serviços de apoio comunitário. O foco principal é fornecer cuidados centrados no paciente, garantindo que as necessidades individuais e preferências dos idosos sejam levadas em consideração em todas as etapas do tratamento.

Este modelo propõe, como rastreio, uma ferramenta para avaliação da capacidade intrínseca com percepção de cinco domínios: Cognição, Humor, Sensorial, Locomoção e Vitalidade. Segundo esta proposta, a abordagem inicial nessa linha de cuidado ocorre com a aplicação da ferramenta ICOPE e, observa comprometimento de algum domínio, com indicação de avaliação mais pormenorizada das necessidades de saúde e/ou assistência social do idoso, propondo um cuidado contínuo. A triagem pelo ICOPE deverá ser repetida em intervalos de tempo para detecção de modificações na capacidade intrínseca²⁷. O programa de saúde integral ao idoso proposto pelo ICOPE traça “percursos assistenciais” semelhantes ao sugerido pelo Ministério de Saúde, com foco na atenção básica e comunidade.

Um estudo francês²⁸ descreveu a implementação do programa ICOPE utilizando a ferramenta de triagem de forma digital e encontrou resultados positivos

quanto a viabilidade de aplicação e aderência dos idosos ao programa.

A ferramenta ICOPE também foi avaliada no estudo ELSA (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto)²⁹ quanto a capacidade preditiva para declínio funcional ao longo do tempo e os resultados indicaram que a avaliação da capacidade intrínseca é viável e pode fornecer informações úteis para prever dependência funcional.

No documento 'Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral'⁴, o Ministério da Saúde reafirma a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁵ e estabelece os principais conceitos e orientações nacionais a serem considerados pelo conjunto de ações, programas e serviços dirigidos à atenção integral à saúde das pessoas idosas:

1. O trabalho em rede;
2. A integração entre os diferentes pontos de atenção;
3. A identificação dos pontos de atenção estratégicos na Atenção Básica;
4. Importância da articulação intersetorial.

Ainda relacionado à manutenção e aprimoramento de medidas para o cuidado da pessoa idosa, segundo a Portaria Nº 2.528⁵, de 19 de outubro de 2006, a finalidade primordial da PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Com este pano de fundo pode-se concluir que os modelos de atenção aos idosos propõem o planejamento do cuidado baseado em estratificação de risco, no diagnóstico multidimensional, na definição de metas terapêuticas e de intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, associadas à implementação de um plano de cuidados, através da reorganização da atenção social e à saúde.

No que pesem as normativas e as diretrizes já publicadas, muitos desafios permanecem. Estudos que avaliaram como tem sido a implementação da Atenção Integral ao Idoso no SUS em diferentes localizações do país tais como Porto Alegre¹⁶, Rio de Janeiro¹⁷ e Botucatu¹⁸, observaram:

- ✓ Ações de prevenção/promoção de saúde realizadas de forma incompleta;
- ✓ Desorganização da rede de atenção;
- ✓ Necessidade de adequações na atenção primária.

Um relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)³⁰ de 2016 analisou a Política Nacional do Idoso e destacou que, apesar das melhorias no acesso

aos serviços de saúde do SUS em todo o país, no contexto dos idosos, essas ações parecem estar mais relacionadas à implementação do SUS do que à integração da Política Nacional do Idoso nesse processo. Mesmo com o avanço no acesso aos serviços, a qualidade do cuidado aos idosos permanece insatisfatória, evidenciada pelo aumento das hospitalizações por condições que poderiam ser tratadas na atenção primária como distúrbios agudos (evitáveis por meio de vacinação ou outras medidas); desordens agudas passíveis de controle ainda no início (por exemplo, a pneumonia); distúrbios crônicos cujas exacerbações podem ser adequadamente controladas (por exemplo, diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva). Além disso, há uma falta de políticas específicas para cuidados de longo prazo e cuidados paliativos. Os programas voltados para os idosos são limitados e frequentemente dependem de ações individuais, em vez de serem parte de políticas organizadas. Isso sugere que a Política Nacional do Idoso não está devidamente implementada³⁰.

A implementação da Linha de Cuidado para a Pessoa Idosa no SUS é um processo em andamento e pode variar de acordo com diferentes regiões do Brasil. O progresso na implementação depende de fatores como recursos disponíveis, capacidade de gestão, engajamento dos profissionais de saúde e articulação com outros setores envolvidos no cuidado aos idosos.

Diante do contexto, este estudo pretende oferecer um modelo para mapear necessidades e sugerir ações necessárias para implementação integral da linha de cuidados ao paciente idoso considerando a rede de saúde já existente nos municípios.

II – JUSTIFICATIVA

Este estudo pretende fornecer subsídios para tornar mais claras e direcionadas as ações necessárias para implementação da linha de cuidado para a pessoa idosa a partir do documento orientador: Orientações técnicas para implementação da linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS¹².

III – OBJETIVOS

Geral

Realizar um diagnóstico situacional sobre a organização da linha de cuidado e desenvolver um plano de ação para a implementação da abordagem completa de

cuidado à pessoa idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde em Botucatu-SP.

Específico

Elaborar um projeto de intervenção para a implementação da linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS no município de Botucatu-SP.

IV – MÉTODO

Foi utilizado o método de estudo descritivo e exploratório. Este projeto foi dispensado de análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados de domínio público e acesso irrestrito.

Para o diagnóstico situacional da linha de cuidado no município foram obtidas as seguintes informações:

- I. Descrição sociodemográficas e epidemiológicas da população idosa;
- II. Mapeamento dos pontos de atenção existentes;
- III. Descrição da organização da rede de atenção à saúde, desde a atenção básica à especializada;
- IV. Descrição da rede socioassistencial;

Fontes de Dados:

Para obtenção do perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico dos idosos do município, utilizamos as seguintes fontes de informação e dados:

- ✓ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^{1-2,31,1};
- ✓ Sistema Estadual de Análise de dados do Governo do Estado de São Paulo (SEADE)³²;
- ✓ Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento da Política do Idoso (SISAP)^{33,34};
- ✓ Secretaria de Saúde do município de Botucatu^{35,36};
- ✓ Secretaria de Assistência Social do município de Botucatu³⁷;

Para avaliação da implementação da "Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde" proposta pelo Ministério da Saúde foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde e gestores das Unidades de Saúde da Atenção Básica do município. Além disso, buscou-se obter

informações acerca dos encaminhamentos para atenção especializada, reabilitação e atenção domiciliar.

Para melhor caracterização dos idosos do município optou-se por dimensioná-los de acordo com o perfil de funcionalidade. Para estimar o número de idosos do município de acordo com cada perfil foram utilizadas as prevalências obtidas em estudo realizado com uma amostra populacional de idosos na região metropolitana de Belo Horizonte³⁸. Nesse estudo, foi observado que 64,2% dos idosos eram independentes para realizar todas as Atividades Instrumentais e Básicas de Vida Diária (AIVD e ABVD), enquanto 19,6% apresentavam alguma dificuldade em pelo menos uma AIVD e 16,2% tinham dificuldades em uma ou mais ABVD.

Optou-se por esse referencial teórico para calcular a estimativa de funcionalidade, pois ele indicou a proporção de idosos independentes e dependentes em relação às atividades básicas e instrumentais de vida diária de forma separada. Essas estimativas são fundamentais para o planejamento do cuidado, uma vez que cada perfil de funcionalidade apresenta necessidades distintas.

O cálculo para a estimativa do número de idosos de acordo com a funcionalidade foi realizado da seguinte forma:

- ✓ Idosos independentes: 64,2% do total de idosos do município;
- ✓ Idosos dependentes para, pelo menos, uma atividade instrumental de vida diária: 19,6% do total de idosos do município;
- ✓ Idosos dependentes para atividades básicas de vida diária: 16,2% do total de idosos do município.

Após o diagnóstico situacional, foram identificados e relatados os problemas encontrados, assim como, as ações necessárias para a organização do cuidado.

As ações relativas a cada problema encontrado foram detalhadas em quadros que contemplam³⁹:

- a) Descrição do problema;
- b) Ação;
- c) Resultados esperados;
- d) Produtos esperados;
- e) Atores envolvidos;
- f) Recursos necessários;
- g) Recursos críticos;

- h) Controle dos recursos críticos/Viabilidade;
- i) Ação estratégica para motivação;
- j) Responsáveis;
- k) Cronograma/prazo;
- l) Gestão, acompanhamento e avaliação.

Como produto final deste estudo, foi elaborado um projeto de intervenção de acordo com o documento: *“Como elaborar projetos de intervenção para a implementação de Políticas Públicas?”*⁴⁰ do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

V – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizado o diagnóstico situacional do município e elaborado proposta quanto à Atenção Integral à Saúde do Idoso.

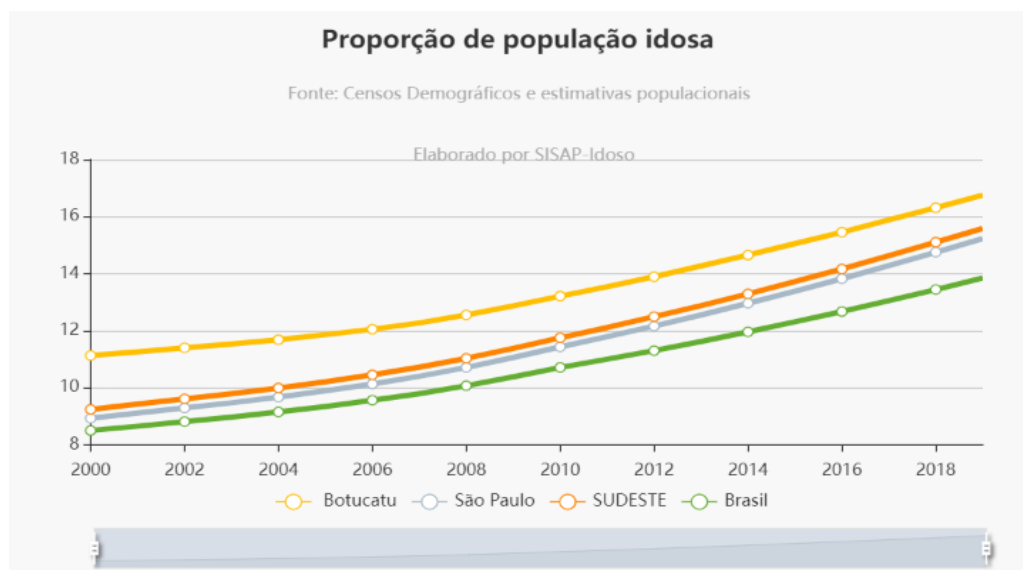
A – Descrição sociodemográfica e epidemiológica da população idosa

De acordo com dados do IBGE, a prévia da população de Botucatu, calculada com base nos resultados do Censo Demográfico 2022 foi de 145.272 habitantes⁴¹ e o Índice de Envelhecimento de Botucatu^{33,34}, neste mesmo ano, foi 85,87%, (valor superior do conjunto do Estado de São Paulo, de 83,88 %). O índice de envelhecimento é definido pela razão entre número de indivíduos com 60 anos ou mais de idade para cada 100 indivíduos menores de 15 anos de idade. Os valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica em Botucatu se encontra em estágio avançado.

A quantidade de idosos no município foi determinada utilizando os dados fornecidos pelo SISAP^{33,34}, com uma proporção estimada em 17% para o ano de 2021, resultando em um número aproximado de 25.472.

A figura 1 ilustra o crescimento da população idosa no município:

Figura 1 - Proporção de população idosa do município de Botucatu - 2000 a 2018



Fonte: SISAP 2023

Foi marcante a proporção de idosos no município de Botucatu quando comparado com os dados do estado de São Paulo, região sudeste e do país como um todo³². Este achado pode estar associado a vários fatores, dentre eles a taxa de natalidade baixa ao longo das décadas e uma expectativa de vida crescente, sendo a do município de Botucatu em torno de 77,1 anos.

A população estimada dos idosos distribuída por faixas etárias do município está apresentada na tabela 1 sendo que o maior número de idosos encontram-se na faixa etária de 60 a 69 anos.

Tabela 1 – Distribuição de idosos segundo faixas etárias, Botucatu-SP, 2021

Faixa Etária	Número
60 a 69 anos	13.654
70 a 79 anos	7.568
80 anos ou mais	4.250
TOTAL	25.472

A distribuição de idosos por faixas etárias em Botucatu é semelhante à de outros municípios do estado com prevalência de idosos entre 60 e 69 anos. No município paulista de Jaú, que apresenta uma população semelhante à de Botucatu, o número de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos no ano de 2019 foi de 13.402; no entanto o índice de envelhecimento é inferior: 82,45%^{33,34}.

Para a estimativa do número de idosos classificados nos perfis de funcionalidade foram utilizadas as prevalências encontradas no estudo da região metropolitana de Belo Horizonte³⁸, indicada na tabela 2, onde 16,2% são dependentes para ABVD, totalizando 4.126 idosos.

Tabela 2 – Estimativa do número de idosos do município de Botucatu de acordo com perfis de funcionalidade, baseado nas prevalências de estudo realizado em Belo Horizonte, 2021

Perfil	Características	Prevalência estudo BH	Nº de idosos em Botucatu
1	Pessoas idosas independentes e autônomas.	64,2%	16.353
2	Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar algumas atividades instrumentais de vida diária	19,6%	4.993
3	Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar uma ou mais atividades básicas de vida diária.	16,2%	4.126

Estimar o número de idosos com dependência desempenha um papel crucial na implementação de uma abordagem abrangente para a saúde dos idosos. Ao compreender essa quantidade, é possível otimizar a alocação de recursos financeiros, humanos e infraestruturas de forma eficaz, assegurando que os serviços de saúde estejam acessíveis onde mais necessários. Isso também impulsiona o desenvolvimento de serviços altamente específicos, incluindo unidades especializadas em geriatria, equipes de profissionais com treinamento em gerontologia, atendimento domiciliar e reabilitação. Além disso contribui para avaliar

as necessidades de capacitação de cuidadores de idosos e promover educação contínua em saúde. Os indicadores socioeconômicos e de saúde dos idosos do município estão ilustrados na tabela 3, sendo que 13.487 apresentam alguma deficiência (mental, motora, enxergar, ouvir).

Tabela 3 – Indicadores socioeconômicos e de saúde dos idosos residentes no município de Botucatu-SP, 2021^{33,34}

Indicador	Proporção 2010 (SISAP)	Número (pop. 2021)
Idosos sem renda	13.7%	3.490
Recebem até 1/8 salário-mínimo	5.5%	1.400
Recebem até 1/4 salário-mínimo	5.84%	1.488
Recebem até 1/2 salário-mínimo	9.76%	2.486
Recebem aposentadoria/pensão	73.09%	18.617
Moram sozinhos	13.8%	3.515
Analfabetos	12.46%	3.173
Número de violências contra idosos	0,14%	35
Proporção de idosos com alguma deficiência	52,95%	13.487

Fonte: SISAP, 2023

O número de idosos sem renda ou que recebem menos que um salário mínimo no município é menor quando comparado com outros municípios do estado com o mesmo porte. Em Atibaia, a proporção de idosos sem renda foi de mais que o dobro (14,92%) e a proporção de idosos que recebem até meio salário mínimo foi 13,86%^{33,34}.

Identificar o número de idosos com vulnerabilidade econômica é uma informação relevante para direcionar políticas e programas de assistência social e de saúde e permite avaliar se há lacunas nos sistemas de apoio existentes no município.

O IBGE³¹ identificou, no Censo Demográfico de 2010, o percentual de pessoas com deficiência – visual, auditiva, motora, mental ou intelectual no país e observou que 67,73% encontravam-se no grupo etário de 65 anos ou mais, sendo que em Botucatu esta proporção foi inferior.

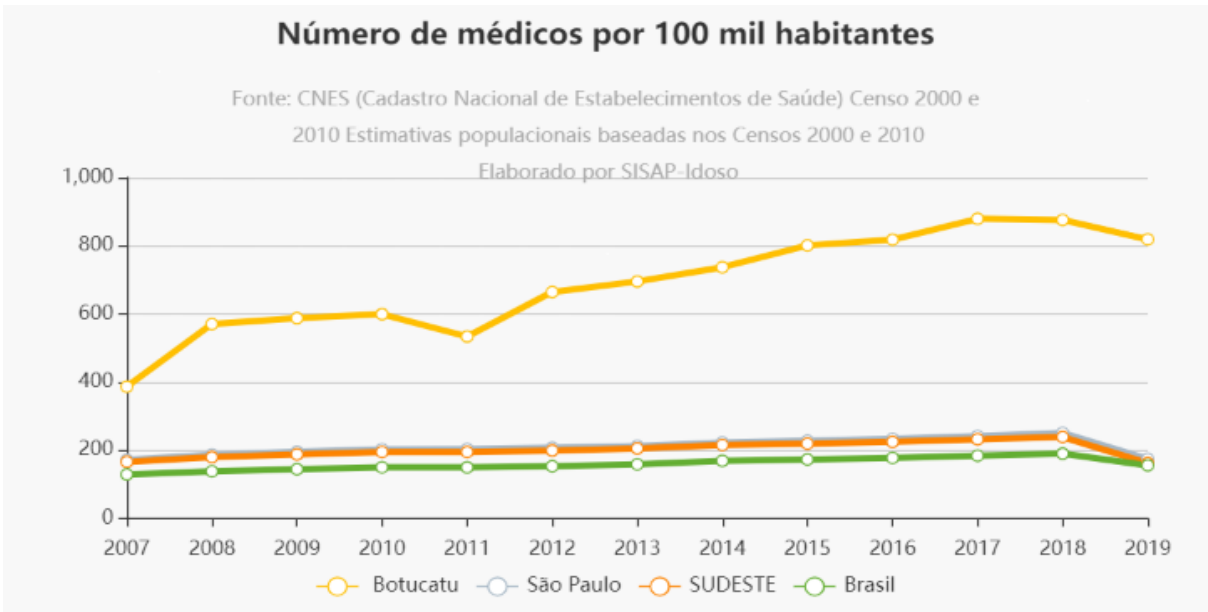
A seguir estão apresentados alguns indicadores de atenção à saúde do idoso do município, sendo que 24% do total de atendimentos de urgência/emergência e 34%

das internações correspondem à população idosa.

Tabela 4 – Indicadores de atenção à saúde dos idosos – Botucatu, SP-2019

Recursos	Número
Médicos por 100 mil	818
Número de geriatras *	5
Percentual de idosos que receberam medicamento pelo SUS	54,4%
Número de atendimento de idosos na atenção primária	141.133 (23% do total de atendimentos)
Número de atendimentos de idosos no Pronto-socorro Adulto	24.411 (24% do total de atendimentos)
Número de internações de idosos	9.628 (34% do total de internações)
*Médicos geriatras cadastrados nos CNES do município	
Fonte: SISAP e Secretaria Municipal de Saúde	

Figura 2 – Número de médicos por 100 mil habitantes, 2000 a 2019, comparações entre o município de Botucatu, o estado de São Paulo, a região Sudeste e país



Fonte: SISAP, 2023

Foi expressivo o número de médicos por 100 mil habitantes no município de Botucatu e, conforme ilustrado na figura 2, é muito maior que o índice brasileiro. O número de geriatras também é elevado quando comparado a outros municípios do mesmo porte como Atibaia, que no ano de 2019 tinha um geriatra e Mogi Guaçu nenhum^{33,34}. Estes achados estão possivelmente associados a presença da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP e seus programas de residência médica e ao número de habitantes do município.

Com relação a utilização dos serviços de saúde observou-se, no ano de 2019, proporções mais altas de atendimentos de urgência e hospitalizações entre idosos, em comparação com atendimentos em atenção primária.

Estes achados refletem a natureza complexa das condições de saúde nessa faixa etária, a necessidade de cuidados especializados e a possível subutilização da atenção primária para prevenção e detecção precoce. Importante ressaltar que o número de internações pode estar superestimado, pois idosos da região de Botucatu são também internados no Hospital das Clínicas do município.

Uma abordagem equilibrada que enfatize a prevenção, a detecção precoce e o manejo adequado de condições crônicas é essencial para otimizar a prestação de cuidados de saúde aos idosos.

No ano de 2019, a proporção de internação de idosos no município de São Paulo foi de 25,43%, quase 10% inferior às internações de idosos em Botucatu (34%)^{32,33}.

Em síntese, Botucatu apresenta maior proporção de idosos que o encontrado no Brasil no ano de 2021 (14,7%)² e alto índice de envelhecimento^{32,33}. No ano de 2019, cerca de nove mil idosos que não possuíam renda ou ganhavam menos que um salário-mínimo foram identificados. Observou-se que 14% viviam sozinhos, 53% apresentavam algum tipo de deficiência e aproximadamente quatro mil eram dependentes de auxílio de terceiros para realizar uma ou mais Atividades Básicas da Vida. Embora o município conte com uma alta densidade de médicos e geriatras, observou-se proporções mais altas de atendimentos de urgência e hospitalizações entre idosos, em comparação com atendimentos em atenção primária.

B – Mapeamento dos pontos de atenção existentes

1 – Atenção Básica de Saúde⁴²

Botucatu conta com 22 Unidades de Saúde, sendo 02 (dois) Centros de Saúde Escola, 06 (seis) Unidades Básicas de Saúde, 13 Unidades de Saúde da Família, 19 Equipes de Saúde da Família e 23 Equipes de Saúde Bucal. O município conta também com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, constituído por profissionais de diversas áreas de conhecimento: médicos (pediatras, ginecologistas, psiquiatras), fisioterapeutas, assistentes sociais, educadores físicos, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais, que atuam junto às unidades básicas de saúde, para ações interdisciplinares e intersetoriais, educação permanente, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização no atendimento. Identificou-se que não há geriatra na equipe NASF, embora não haja preconização específica para contratação desse tipo de profissional, o NASF de Botucatu possui experiência prévia com um geriatra em seu quadro de funcionários, com alta capacidade de atuação frente às necessidades do paciente na rede básica, além do apoio a outros profissionais na definição da conduta.

A Atenção Domiciliar (AD)¹⁹⁻²¹ 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. No SUS está organizada em três modalidades:

- A modalidade AD1 indicada para o usuário que requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.
- Na modalidade AD 2, considera-se elegível o usuário que possui uma indicação de Assistência Domiciliar (AD) e que, com o objetivo de evitar hospitalização ou reduzir o tempo de internação, apresenta uma das seguintes condições:
 - ❖ Afecções agudas ou crônicas agudizadas que exigem cuidados intensivos e sequenciais;
 - ❖ Afecções crônico-degenerativas, levando em conta o nível de comprometimento causado pela doença, que requerem atendimento pelo

menos uma vez por semana;

- ❖ Necessidade de cuidados paliativos, incluindo acompanhamento clínico pelo menos uma vez por semana, com o objetivo de aliviar a dor e o sofrimento do paciente.
- Na modalidade AD3 considera-se elegível o usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é conduzido pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Este serviço atua como um complemento aos cuidados prestados na atenção básica e em serviços de urgência. Ele desempenha um papel importante como alternativa à hospitalização, gerenciando e operacionalizando tanto as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) quanto as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

No município de Botucatu a AD oferecida à população restringe-se a modalidade AD1.

Outro serviço a ser mencionado é o Programa Dose em Casa, implantado em 2012. Trata-se da entrega de medicamentos e insumos no domicílio dos pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde, que apresentem condições especiais tais como: pessoas acamadas, deficientes físicos, idosos com 60 anos ou mais clinicamente controlados (diabetes e hipertensão).

2 – Serviços de Média e Alta Complexidade – Rede Hospitalar

O município de Botucatu está inserido, atualmente, no Departamento Regional de Saúde VI-Bauru⁴⁴. Conta com 05 (cinco) hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS (Centro de Atenção Integral à Saúde Professor Cantídio de Moura Campos - CAIS, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - HCFMB, Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas - SARAD, Hospital Estadual de Botucatu –HEBO, Hospital do Bairro – HBAIRRO) e dois privados gerenciados pela UNIMED que prestam assistência à população local e regional, sendo o total de leito de 893, dos quais 684 leitos SUS, o que representa no total o coeficiente de 6,02 leitos por mil

habitantes.

Complexo HCFMB⁴⁵: O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu foi autarquizado junto a Secretaria Estadual de Saúde em 01 de julho de 2010 nos termos da Lei Complementar Nº 1.124⁴⁶. Com a criação de Unidades Externas (Hospital Estadual de Botucatu – HEBO, Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas – SARAD, Pronto-socorro Adulto – PSA, Hospital do Bairro – HBAIRRO e Pronto-socorro Pediátrico – PSP), através da celebração de convênios com o município de Botucatu e, sua consequente expansão, o HC passou a se autodenominar Complexo HCFMB. Unidades pertencentes a este Complexo são:

- **Hospital das Clínicas⁴⁵:** É um hospital estadual destinado a atenção em saúde de média e alta complexidade, município-sede para o Polo Cuesta e apoio referencial ao Polo Jurumirim, totalizando 30 municípios, com população estimada em 630.798 (IBGE-2021)³¹, porém, com abrangência populacional de cerca de 2 milhões de pessoas, considerando especialidades únicas e de referência para outras regiões. Com o total de 664 leitos dos quais 639 deles estão disponíveis para o SUS, divididos em: 158 cirúrgicos, 175 clínicos, 29 obstétricos, 61 pediátricos, 03 psiquiátricos, 19 referentes ao Hospital Dia, sendo 04 para AIDS e 15 para Saúde Mental, 94 leitos de UTI. Está habilitado como Centro de Referência em Terapia Renal Substitutiva, Unidades de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, Neurologia III, Alta Complexidade em Ortopedia, Centro de Referência Cardiovascular, Serviço de Oftalmologia, Parto de Alto Risco e Hemocentro, sendo ainda importante centro transplantador de rins, córnea, coração, pâncreas, fígado e captador de órgãos. O HCFMB contém três unidades de Urgência e Emergência: Pronto-socorro Referenciado (PSR): localizado no HCFMB (Rubião Júnior) e recebe, via CROSS, pacientes referenciados de Botucatu e região; Pronto-socorro Adulto (PSA): Inaugurado em 18/04/2011, a partir de convênio firmado entre HCFMB, FAMESP e Prefeitura Municipal de Botucatu (PMB); Pronto-socorro Pediátrico (PSP): Inaugurado em 08/06/2013, a partir de convênio firmado entre HCFMB, FAMESP e Prefeitura Municipal (PM). Essas Unidades de UE apresentam uma média de 250.000 atendimentos/ano.
- **Hospital Estadual de Botucatu:** O Hospital Estadual Botucatu caracteriza-se como hospital de pequeno porte, que tem por objetivo realizar cirurgias eletivas

de pequena e média complexidade, referendadas pelo próprio Instituto Central, e também dos municípios que compõem o Colegiado de Gestão Regional Polo Cuesta com uma capacidade total de 80 leitos. Até o momento está com 20 leitos em funcionamento.

- **Hospital do Bairro - HBAIRRO:** No dia 17 de junho de 2013, foi inaugurado o Hospital do Bairro de Botucatu, onde inicialmente foi colocado em atividade o Pronto Socorro Pediátrico com 06 (seis) leitos de observação e 01 (um) leito de isolamento. No período de fevereiro a agosto de 2021 foi adequada uma ala para internação para assistência hospitalar de baixa e média complexidade para pacientes com COVID 19, contando com 10 (dez) leitos, cujas atividades ocorreram em parceria entre a Prefeitura Municipal de Botucatu, Hospital das Clínicas (Autarquia da Secretaria de Estado da Saúde), Faculdade de Medicina de Botucatu (Departamento de Pediatria) e OSS Pirangi (Organização Social de Saúde Pirangi). Atualmente este hospital está em reforma com proposta de revitalização.
- **Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas – SARAD:** Primeiro hospital público do Estado de São Paulo destinado ao tratamento de desintoxicação, à remissão de sintomas agudos e apoio à ressocialização de dependentes químicos graves em um processo curto de internação.

3 – Média Complexidade Ambulatorial e Unidades de Apoio em Saúde

A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas e especialidades⁴⁷.

✓ **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU^{48,49}:** São estruturas de complexidade intermediária entre a atenção primária e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos prontos-socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. A Central Regional de Regulação está localizada no município desde sua inauguração em 28/07/2011, agrega os municípios de Botucatu, Anhembi, Areiópolis e Pardinho, tendo solicitações de inclusão dos municípios de Bofete, Itatinga, Laranjal Paulista, Conchas, São Manoel e Pereiras.

- ✓ **Residências Terapêuticas:** Atividade de inclusão social, em domicílios

supervisionados, de pacientes sem inserção familiar, egressos de hospitais psiquiátricos, sendo três de Gestão Municipal e oito de Gestão Estadual inseridos no município de Botucatu.

✓ **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** Botucatu conta com o atendimento de quatro CAPS: I, II, III e CAPS-AD. Os serviços têm gestão estadual e destinam-se ao atendimento/acompanhamento de pacientes com doenças psiquiátricas e para dependentes de álcool e drogas.

✓ **Centro de Oftalmologia Complementar (HBairro):** Serviço de Saúde com atendimento especializado em Oftalmologia, conveniado com município de Botucatu. Localizado em área externa do Hospital do Bairro, recebe pacientes encaminhados através da Atenção Básica.

✓ **Ambulatório Médico de Especialidades de Botucatu (AME)^{22,50}:** Os AMEs são centros ambulatoriais de diagnóstico e orientação terapêutica de alta resolutividade em especialidades médicas, com ênfase nas necessidades da rede básica. São vinculados à Secretaria Estadual de Saúde. O AME Botucatu abrange a região Polo Cuesta incluindo 13 municípios e a região de saúde de Jaú compreendendo 12 municípios. Oferece atendimento ambulatorial nas seguintes especialidades: Alergia/Imunologia, Neurologia, Anestesiologia, Neurologia Infantil, Cardiologia, Oftalmologia, Cirurgia Plástica, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Pneumologia, Endocrinologia, Proctologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Infectologia, Urologia, Mastologia, Nefrologia. Não há geriatras ou outros profissionais especializados em saúde do idoso no AME Botucatu.

Rede de Reabilitação Lucy Montoro⁵¹: Criada pelo Governo do Estado de São Paulo, pelo decreto 52.973, de 2008, regulamentada pelo decreto 55.739, de 2010, e alterada pelos decretos 58.050, de 2012, e 61.003, de 2014, a Rede de Reabilitação Lucy Montoro tem como objetivo proporcionar o melhor e mais avançado tratamento de reabilitação para pacientes com deficiências físicas incapacitantes, motoras e sensório-motoras. A Rede realiza programas de reabilitação específicos, de acordo com as características de cada paciente. Os tratamentos são realizados por equipes multidisciplinares, composta por profissionais especializados em reabilitação, entre médicos fisiatras, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos e

fonoaudiólogos. A Rede Lucy Montoro de Botucatu, recebe pacientes principalmente das Unidades da Atenção Básica, se atendidos os critérios de elegibilidade, após a avaliação prévia da Equipe do NASF.

C - Descrição da organização da rede de atenção à saúde

Para melhor caracterização da organização da rede de atenção ao idoso foi realizado entrevista com os responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde do município e os resultados estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 5 – Entrevista com profissionais de saúde atuantes em Unidades Básicas de Saúde, Botucatu, 2023

INFORMAÇÕES	SÍNTESE
Unidade Básica de Saúde / Unidade de Saúde da Família	Total de 22 Unidades: 1 NASF, 2 Centros de Saúde Escola, 6 Unidades Básicas de Saúde e 13 Unidades de Saúde da Família.
Enfermeira responsável / contato	Não foi obtido entrevista com duas USFs, motivo: impossibilidade de enfermeiro ou profissional que pudesse responder o questionário devido a férias de responsável ou profissional em visita domiciliar nas tentativas de contato.
Profissional que responde esse questionário	Das 20 entrevistas, 12 foram realizadas com o responsável da Unidade, e as outras 8 com enfermeiro ou técnico atuante na Unidade.
PERGUNTAS REALIZADAS	SÍNTESE
Você conhece a "Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS"?	15 informaram conhecer a Linha 5 desconhecem a Linha.
Os profissionais da sua Unidade de Saúde foram capacitados para a implementação da "linha de cuidado à saúde da pessoa idosa", proposta pelo Ministério da Saúde?	5 entrevistas relataram a ocorrência de capacitação ou alguma informação acerca da Linha de Cuidados repassada na Unidade. 15 entrevistados relataram não ter havido capacitação em sua Unidade acerca da Linha de Cuidado do Idoso.
A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do MS é utilizada em sua Unidade?	17 entrevistados relataram não utilizar a Caderneta do Idoso na Unidade. 3 disseram utilizar a Caderneta.

Em relação à caderneta do Idoso, se a resposta foi negativa, qual o motivo de não adesão ao uso da caderneta?	Em relação à caderneta: 1 caiu em desuso, 3 desconhecem a ferramenta, 10 relataram não receber o impresso do MS, 2 utilizam, 2 relatam utilizar outra ferramenta, 2 não sabem dizer o porquê de não utilizar mais.
Os idosos atendidos em sua Unidade são classificados em perfis de risco (1, 2 e 3) como determinado na linha de cuidado ao idoso do MS?	5 classificam com perfil de risco, 15 não classificam por perfil de risco do MS, desses 3 relataram uso de outro método para diferenciar o paciente com alguma complexidade.
Se a resposta for negativa no item anterior, utiliza algum tipo de avaliação de risco? Se sim, qual?	5 disseram sim na resposta anterior com o uso de Perfil de Risco da Linha de Cuidado; 1 Não se aplica a Unidade entrevistada (NASF); 3 Não possui nenhuma diferenciação; 10 realizam diferenciação geral, independente de idade, utilizando-se do estado geral do paciente, dificuldades de locomoção, comorbidades, vulnerabilidade; 1 possui geriatra e alunos em seu quadro com avaliação e diferenciação especializada.
Quando o idoso necessita de avaliação especializada (geriatra, oftalmol., nutricionista, psicologia), é encaminhado para qual serviço?	Os encaminhamentos/avaliações de multiprofissionais ocorrem principalmente a partir da atuação do NASF. Já os casos de necessidades em especialistas médicos, os profissionais informaram que realizam o fluxo da Secretaria de Saúde do município que mantém o UAC para esse tipo de necessidade. O UAC recebe a solicitação das Unidades, avalia o grau da necessidade e encaminha para os serviços secundários/terciários: Serviço Oftalmológico do HBairro, AME Botucatu e Ambulatório de Especialidades do HC (casos mais complexos).
Qual tipo de atenção domiciliar é aplicada na população idosa?	Basicamente temos a AD1 nas UBSs e USFs, com a visita do Agente Comunitário, que traz a demanda até a Unidade. As visitas de profissionais ocorrem quando o paciente é acamado ou possui alguma dificuldade de locomoção. Os profissionais realizam avaliações (fisioterapeutas, médicos, enfermeiros), procedimentos diversos (foram citados: curativos, vacina, coleta de exames), liberação de material para cuidados e treinamento de familiares para continuidade do cuidado. Foi relatado também que em situações de vulnerabilidade e suspeita de maus tratos, há o acionamento de Serviço Social municipal. Os Centros de Saúde-Escola, embora não possuam agentes comunitários em seu quadro de funcionários, fazem esses atendimentos quando recebem demanda. Outro ponto a comentar foi o relato de que algumas Unidades mantêm uma lista atualizada de idosos e

	pacientes com comorbidades e em estado mais severo, para que ocorra verificações periódicas e possibilite avaliar a avaliação de agravamento do quadro. No contexto geral foi verificado que Botucatu não possui nenhuma Unidade que ofereça o AD2 e AD3.
Qual o serviço ofertado quando o idoso necessita de reabilitação?	As Unidades estão orientadas a solicitar a avaliação do NASF. O NASF atua periodicamente nas Unidades, com educadores físicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos age desde a prevenção, aplicando atividades nas Unidades, realiza avaliação e encaminha para os serviços de aporte ao paciente. Diversos entrevistados comentaram sobre a atuação da APAPE nos casos mais simples e Lucy Montoro como reabilitação a casos de maior complexidade.

Resumidamente, dentre as 22 unidades de Atenção Básica de Saúde identificadas, realizamos entrevistas com 20 profissionais, majoritariamente gestores ou enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF). A maioria desses profissionais afirmou ter conhecimento sobre a Linha de Cuidado direcionada especificamente aos idosos. No entanto, eles reconheceram que a assistência prestada em suas respectivas unidades tinha uma abordagem mais ampla ou mesmo estava focada em outras Linhas já implementadas, relacionadas a diagnósticos específicos como diabetes ou hipertensão.

Os entrevistados observaram um fluxo constante de pacientes dentro da Atenção Básica, com uma participação ativa do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para abordar questões envolvendo diversas especialidades, como Nutrição, Fisioterapia e Psicologia. Quanto às especialidades médicas, algumas Unidades contam com a presença periódica de especialistas para avaliar os pacientes conforme a necessidade. No entanto, não foi possível determinar se toda a demanda gerada no município está conseguindo acesso à avaliação necessária e se o número de especialistas médicos é adequado para atender às necessidades da população.

O acesso aos ambulatórios médicos, o AME de Botucatu e Ambulatório HCFMB, se dá a partir do encaminhamento da necessidade à Secretaria de Saúde de Botucatu, que define prioridades e fila de pacientes.

Profissionais também comentaram a iniciativa das Unidades na busca ativa por pacientes faltosos, foi perceptível a preocupação de alguns entrevistados quanto ao

absenteísmo, principalmente da população idosa.

O atendimento domiciliar ocorre por meio de visitas regulares realizadas por agentes comunitários, que, ao identificar necessidades, encaminham as demandas ao enfermeiro da Unidade Básica. O enfermeiro, por sua vez, executa a Atenção Domiciliar para avaliar o paciente, oferecer orientações e, quando necessário, fornece insumos e realiza procedimentos como curativos ou cuidados com sondas e cateteres. Em algumas visitas, outros profissionais podem participar, tais como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos.

Ao serem questionados sobre as particularidades desse atendimento domiciliar, os profissionais enfatizaram que as visitas se restringem à modalidade AD1, uma vez que não é viável fornecer a periodicidade e o cuidado de maior complexidade exigido por pacientes acamados. Além disso, os profissionais da Atenção Básica destacaram que também fornecem incentivo e orientações aos cuidadores/familiares durante essas visitas.

Em algumas Unidades, principalmente no Centro de Saúde Escola, a falta de recursos humanos designados para as visitas domiciliares é notável. Nessas situações, a realização das visitas ocorre com base na iniciativa individual de algum profissional da Unidade.

No que se refere à viabilidade de utilizar a Caderneta do Idoso, observou-se que profissionais mais jovens não possuíam conhecimento ou experiência prévia com essa ferramenta. Vários entrevistados não conseguiram esclarecer as razões subjacentes à falta de utilização da ferramenta, enquanto outros mencionaram questões mais simples, como a não disponibilização dos formulários pelo Ministério da Saúde à Secretaria de Saúde do município.

Nossa pesquisa buscou investigar a possibilidade de descontinuação desse material, porém, não encontramos informações a respeito disso. Notavelmente, o Ministério da Saúde, por meio do UNASUS, oferece treinamento online sobre a Linha de Cuidados ao Idoso, abrangendo desde a capacitação de gestores até a aplicação da Caderneta do Idoso e a relevância de preservar as informações sobre a saúde, levando em consideração a linha do tempo e as mudanças nas condições de saúde.

Os pontos observados foram:

- ✓ Boa vontade e iniciativa individual dos profissionais envolvidos na Atenção Primária;

- ✓ Desconhecimento ou não aplicação das orientações para o atendimento do paciente idoso na Rede Básica;
- ✓ Não aplicação da caderneta do idoso ou outra ferramenta para triagem e ou acompanhamento e, principalmente, verificação de alterações na condição do idoso;
- ✓ Inexistência de equipe especialista em geriatria ou gerontologia à disposição das Unidades da Atenção Básica.

Regulação, fluxo e contra fluxo

O processo de regulação e fluxos do município ocorrem da seguinte maneira:

1. O atendimento na atenção básica ocorre de maneira regionalizada;
2. Avançada a complexidade da assistência, o paciente é encaminhado para serviços complementares ou intermediados pela Secretaria de Saúde do município;
3. O atendimento ambulatorial especializado é regulado pela Secretaria de Saúde do município, através das solicitações das Unidades Básicas enviadas à Unidade de Avaliação e Controle - UAC, que avalia e prioriza as solicitações conforme gravidade e urgência dos casos;
4. Os casos emergenciais são encaminhados ao Prontos-socorros secundários (Adulto ou Pediátrico) e, quando há maior complexidade são encaminhados ao Pronto-socorro Referenciado do HCFMB;
5. A regulação hospitalar é realizada pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) do Estado de São Paulo⁵²;
6. A articulação entre os diferentes níveis de atenção é realizada por Referência e Contrarreferência.

A regulação é crucial para coordenar encaminhamentos médicos, confirmação de diagnósticos graves, adaptação e revisão de tratamentos, procedimentos especializados e também para garantir um acompanhamento terapêutico adequado. Além disso, viabiliza o acesso a redes de atenção específicas, como a rede de saúde mental, rede de cuidados para pessoas com deficiência, rede para doenças crônicas e a rede de urgência e emergência.

Um estudo realizado na Paraíba⁵³, avaliou o sistema sob a ótica dos profissionais da atenção básica de saúde e observou fragilidades na conexão entre

instâncias gestoras do sistema, entre essas e a gerência de serviços, entre os serviços de saúde e também com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, podendo ser atribuído ao desconhecimento dos profissionais em relação ao fluxo do serviço, à falta de planejamento e definição desse fluxo ou à fragmentação do sistema de referência e contrarreferência.

Uma visão crítica sobre a regulação, fluxo e contrafluxo dos atendimentos em saúde destaca a importância de sistemas eficientes e adaptáveis que considerem as necessidades individuais dos pacientes, melhorem o acesso aos serviços especializados e reduzam a burocracia, visando proporcionar uma assistência mais eficaz e equitativa.

D - Descrição da rede socioassistencial³⁷

A Secretaria de Assistência Social do município de Botucatu oferece diversos serviços aos idosos, listados abaixo:

✓ **Proteção Social Básica:** Oferece serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para idosos residentes em regiões de abrangência das unidades dos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). O município conta com 5 centros, sendo que cada CRAS abrange demanda de seis unidades de saúde. Nestas unidades são realizados, semanalmente, coletivos com pessoas de 60 anos ou mais para oficinas culturais e discussões temáticas com o objetivo de convivência e fortalecimento de vínculos. Os grupos são coordenados por profissionais psicólogos, assistentes sociais e oficineiros. As unidades de CRAS também oferecem atendimento para benefícios como Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único), que é uma porta de entrada para as famílias acessarem diversas políticas públicas. Na questão do apoio à família é oferecido o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para famílias com idosos acamados. Existem algumas Organizações Sociais que contribuem na proteção social básica aos idosos com serviços de convivência como as entidades: Nova Aurora, Promoção Humana e União das Damas.

✓ **Proteção Social Especial:** Serviços organizados para atender casos de violação de direitos da pessoa idosa, tais como violência, abandono ou maus-tratos ou situações especiais. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é a porta de entrada do poder público para ações especializadas de orientação, proteção e até mesmo acompanhamento psicossocial e jurídico

individualizado. Uma das atividades do CREAS é gestão de Acolhimento Institucional, referenciando vagas em algumas instituições de longa permanências (ILPI) conveniadas com a prefeitura municipal (filantrópicas) tais como: Casa Pia São Vicente de Paula – Lar Padre Euclides: 66 vagas; Associação Bom Samaritano: 20 vagas; Casa dos Idosos “Monsenhor José Lorusso” - Sagrado Coração: 8 vagas. Total de leitos filantrópicos: 94 com 100% de ocupação no período deste estudo. Observa-se que no município não estão disponibilizados leitos públicos.

✓ **Programa Vila Dignidade:** Este foi um programa criado em 2010 e integra a política habitacional do Estado de São Paulo com o objetivo de garantir moradia digna e assistência social à população idosa de baixa renda. As cidades participantes são responsáveis pela indicação dos beneficiários potenciais (CREAS), pela doação de terrenos para a construção dos imóveis e pela gestão e manutenção dos empreendimentos após a conclusão das obras. Em Botucatu a unidade da Vila Dignidade foi inaugurada em 2015 e os critérios de inclusão são: possuir salário-mínimo, ter mais de 60 anos, não possuir imóvel, vínculos familiares rompidos ou fragilizados, ser independente para atividade de vidas diárias e residir no Município por, pelo menos, dois anos. A unidade abriga dezesseis idosos, com uma casa para cada morador. Essa oferta cobre 0.45% do total de idosos do município que moram sozinhos.

✓ **Atenção Social de Média Complexidade:** Oferta de atenção especial para idosos que mantêm vínculo familiar e não apresentam grande grau de dependência. A porta de entrada continua sendo o CREAS que realiza a gestão de vagas para Centro-Dia. Esta modalidade de atenção é voltada para acolhimento de famílias que necessitam de um local onde deixar o idoso durante o dia enquanto os adultos trabalham. Em Botucatu os serviços “Centro-Dia” para idosos são: Aconchego e Associação Sagrada Família (ASFA). Em suma, o município apresenta diversidade de serviços assistências voltadas a pessoa idosa, no entanto, observa-se necessidade de organização da oferta, especialmente leitos públicos de instituição de longa permanência.

Quanto ao mapeamento dos serviços de atenção existentes no município e a rede socioassistencial destacam-se os seguintes pontos:

- Apesar de o município de Botucatu contar com uma Rede de Atenção Básica abrangente e participativa nos diversos programas direcionados pelo

Ministério da Saúde, no âmbito específico da Linha de Cuidado à Pessoa Idosa, observa-se que as orientações aos profissionais são insuficientes ou mesmo ausentes.

- A implementação da Caderneta do Idoso ou de outras ferramentas mensuráveis para guiar o cuidado aos idosos ainda não foi concretizada, e a ausência de profissionais especializados em gerontologia ou geriatria para alinhar as Diretrizes de Cuidado na rede municipal também é evidente.
- Embora a rede hospitalar e os serviços de urgência e emergência estejam adequados, a falta de cuidados prolongados é notável, sendo essa forma de assistência de grande importância para a população idosa.
- O município não dispõe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o qual é particularmente relevante para idosos dependentes. A atenção domiciliar é uma das principais estratégias que oferece modalidades de cuidado de maneira substitutiva e desinstitucionalizada.
- Os cuidados paliativos também não estão bem estabelecidos no município.
- Outro ponto relevante para análise, embora de menor governabilidade, é a questão do acolhimento institucional, ressaltando-se a ausência de vagas públicas e oferta de pequeno número de vagas em instituições filantrópicas.

E - Descrição dos problemas encontrados

As ações relativas a cada problema estão detalhadas nos quadros de 1 a 5, que contemplam³⁹:

- Descrição do problema;
- Ação;
- Resultados esperados;
- Produtos esperados;
- Atores envolvidos
- Recursos necessários;
- Recursos críticos;
- Controle dos recursos críticos/Viabilidade;
- Ação estratégica para motivação;
- Responsáveis;
- Cronograma/prazo;

- Gestão, acompanhamento e avaliação.

Quadro 1: Implementação incipiente da atenção integrada à pessoa idosa na atenção primária.

Problema 1	• Implementação incipiente da atenção integrada à pessoa idosa na atenção primária
Ações	• Promover a educação permanente dos profissionais da rede de AP quanto ao processo de envelhecimento e cuidado integrado à pessoa idosa. • Implantar ferramenta de triagem simplificada
Resultados Esperados	Equipes de AP capacitadas para realização do cadastramento, estratificação de risco e coordenação do plano terapêutico singular e instruídos sobre os objetivos dos mesmos e suas ferramentas de aplicação. Ferramenta de triagem implantada
Produtos esperados	Aprimoramento da atenção integral à pessoa idosa.
Atores /responsabilidades	NASF /Especialistas em geriatria/gerontologia: Preparar e ministrar treinamento Secretário Municipal de Saúde: Validar e autorizar o treinamento
Recursos necessários	Estrutural: Instrutores, salas de aula, apostilas Cognitivo: Compreensão sobre o tema. Financeiro: // Político: Adesão dos profissionais
Recursos críticos	Cognitivos e Políticos.
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Favorável- Médio
Ação estratégica para motivação	Apresentar projeto para gestores de saúde e responsáveis pelos serviços de AP
Responsáveis	Secretaria Municipal de Saúde e NASF
Cronograma/prazo	Curto prazo – até 1 ano
Gestão, acompanhamento e avaliação	Proporção de pessoas idosas com estratificação de risco realizada em relação ao número de idosos cadastrados na Atenção Básica.

A ação proposta para o aprimoramento da linha de cuidado na atenção à saúde da pessoa idosa é o estabelecimento de um programa de educação continuada sobre o tema. De acordo com o resultado da entrevista aplicada aos profissionais da atenção primária neste estudo nem todos conheciam a proposta, a maioria não foi capacitada

para implementá-la e raramente utilizam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Desta forma, este estudo propõe um treinamento sobre planejamento do cuidado da pessoa idosa baseado em estratificação de risco, no diagnóstico multidimensional, na definição de metas terapêuticas e de intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras. Como o primeiro passo desta abordagem é a estratificação de risco propomos também um rastreamento com ferramenta de fácil aplicação, possibilitando maior adesão dos profissionais da saúde. A proposta contempla o uso da ferramenta de triagem ICOPE²⁷.

Esta ferramenta preencheria o requisito como instrumento de rastreio, por apresentar boa capacidade preditiva para declínio funcional, além de ser considerado um instrumento de simples manuseio, com a aplicabilidade viável ao Agente Comunitário (devidamente treinado), como primeira fonte de comunicação entre o paciente idoso e o sistema de saúde. Por ser instrumento de simples aplicação espera-se maior adesão ao seu uso. A tabela 6 apresenta a ferramenta de triagem ICOPE²⁷ da OMS:

Tabela 6 – Ferramenta de triagem ICOPE²⁷

Condições prioritárias associadas à perda de capacidade intrínseca	Testes/exames	Avalie detalhadamente todos os domínios marcados
DECLÍNIO COGNITIVO	1. Lembre-se de três palavras: flor, porta, arroz (por exemplo) 2. Orientação no tempo e no espaço: Qual é a data completa de hoje? Onde você está agora (em casa, na clínica, etc.)? 3. Você se lembra das três palavras?	() Errou ou não soube responder qualquer uma das perguntas () Não conseguiu se lembrar das três palavras
MOBILIDADE REDUZIDA	Teste de levanta-se da cadeira: Levante-se da cadeira cinco vezes sem usar os braços. A pessoa conseguiu se levantar cinco vezes da cadeira em 14 segundos?	() NÃO
MÁ NUTRIÇÃO (VITALIDADE)	1. Perda de peso: Você perdeu mais de 3 kg sem querer nos últimos três meses? 2. Perda de apetite: Você vem tendo perda de apetite?	() SIM () SIM

DEFICIÊNCIA VISUAL	Você tem algum problema nos olhos? Tem dificuldade de enxergar de longe, dificuldade de ler, doenças oculares ou está atualmente em tratamento médico (por exemplo, para diabetes ou pressão alta)?	() SIM
PERDA AUDITIVA	Ouve sussurros (teste do sussurro) ou Audiometria de triagem constatou 35 dB ou menos ou Passa em teste automático (em aplicativo) de dígitos com ruído	() NÃO
SINTOMAS DEPRESSIVOS	Ao longo das duas últimas semanas, você se sentiu incomodado(a) por – Sentir-se para baixo, deprimido ou sem esperança? – Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	() SIM () SIM

Após este rastreamento, os profissionais da saúde devem garantir que qualquer limitação de capacidade identificada pela ferramenta de triagem ICOPE seja seguida de uma avaliação mais aprofundada. Esta avaliação deverá ser realizada pelo médico da atenção primária e deve contemplar:

- ✓ Avaliação detalhada das condições associadas a perda da capacidade intrínseca;
- ✓ Avaliação e manejo das doenças de base, indicação de atenção domiciliar, reabilitação ou cuidados paliativos;
- ✓ Avaliação e manejo dos ambientes sociais e físicos e indicar necessidades de assistência e apoio social;
- ✓ Aplicação das ferramentas de Índice de Katz⁸ e Escala de Lawton⁹ para avaliação da capacidade funcional.

A seguir, estão apresentadas as ferramentas de Índice de Katz⁸ e Escala de Lawton⁹:

Tabela 7 – Escala de Lawton – Atividade instrumental da vida diária⁹

As questões investigam a capacidade do indivíduo em realizar ou não as tarefas propostas e, se o faz com ajuda de outra pessoa. Aplica-se o questionário assinalando a resposta correspondente. As alternativas são: SEM AJUDA: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio. COM AJUDA PARCIAL: significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa. NÃO CONSEGUE: Significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade.			
Descrição	Sem ajuda	Ajuda parcial	Não consegue
1. O Sr. consegue usar o telefone?	3	2	1
2. O Sr. consegue ir a lugares distantes, usando algum tipo de transporte?	3	2	1
3. O Sr. consegue fazer compras?	3	2	1
4. O Sr. consegue preparar suas próprias refeições?	3	2	1
5. O Sr. consegue arrumar a casa?	3	2	1
6. O Sr. consegue fazer trabalhos manuais domésticos?	3	2	1
7. O Sr. consegue lavar e passar sua roupa?	3	2	1
8. O Sr. consegue tomar seus remédios corretamente?	3	2	1
9. O Sr. consegue cuidar de suas finanças?	3	2	1
Avaliação de resultados: a pontuação varia de 27 (Vinte e sete) a 9 (nove) pontos, onde 9 (nove) indica dependência (total) para o desempenho de todas as atividades e 27 (Vinte e sete) indica independência na realização de todas as atividades propostas. A pontuação intermediária indica a dependência total ou parcial em quaisquer das atividades e deverá ser avaliada individualmente. Consideraremos dependente quando obtiver 22 pontos ou menos			

Tabela 8 – Índice de Katz – Avaliação das ABVD⁸

As questões investigam a capacidade do indivíduo em realizar as tarefas propostas sem auxílio, com ajuda parcial ou com ajuda total de outra pessoa. Aplica-se o questionário assinalando a resposta correspondente. O uso de equipamentos de suporte mecânico, por si só, não altera a classificação de independência para a função. As alternativas são: Não: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio. Sim: Significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio de outra pessoa.			
TAREFA	DESCRIÇÃO	SIM	NÃO
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
Higiene Pessoal	Vai e usa o banheiro, veste-se e retorna sem nenhuma ajuda.		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar-se sem ajuda.		
Continência	Controla completamente urina e fezes.		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne e passar manteiga).		
Para cada SIM= 1 ponto Dependente total: 0, 1, 2 pontos Dependente parcial: 3, 4 pontos Independente: 5, 6 pontos Consideremos dependente quando 4 pontos ou menos			

Desta forma, propõe-se um diagrama com aplicação das ferramentas de triagem ICOPE²⁷, Índice de Katz⁸ e Escala de Lawton⁹ para melhor compor os perfis de risco e indicar os projetos terapêuticos singulares.

A seguir, descreve-se uma proposta para compor a estratificação de risco:

Tabela 9 – Classificação de risco dos idosos segundo ferramentas ICOPE²⁷, Índice de Katz⁸ e Escala de Lawton⁹

Perfil	ICOPE (qualquer dimensão alterada)	AIVD (Lawton $\leq$ 22 pontos)	ABVD (Katz $\leq$ 4 pontos)
1	—	—	—
2	+	—	—
3	+	+	—
4	+	+	+

Onde:

- ✓ Perfil 1: Idosos sem perda de capacidade intrínseca e funcional;
- ✓ Perfil 2: Idosos com perda de capacidade intrínseca sem dependência para AIVD e ABVD;
- ✓ Perfil 3: Idosos com perda de capacidade intrínseca e dependência para AIVD;
- ✓ Perfil 4: Idosos com perda da capacidade intrínseca e dependência para AIVD e ABVD

Após identificação do perfil de funcionalidade deve-se elaborar um plano individual de cuidado²³ de acordo com as necessidades de cada perfil.

Idosos com perfil 1 de funcionalidade:

Idoso com capacidade intrínseca e funcional adequada. Este grupo deverá ser acompanhado com consultas de rotina nas Unidades Básicas de Saúde para ações de promoção, proteção, prevenção e intervenções terapêuticas, quando necessárias, com o objetivo de impedir o declínio da capacidade intrínseca do idoso. Essas ações devem promover qualidade de vida, reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde do idoso.

- ✓ Ações de prevenção primária;
- ✓ Ações de prevenção secundária;

- ✓ Ações de prevenção terciária;
- ✓ Ações de prevenção quaternária;

Idosos com perfil de funcionalidade 2:

Nas situações em que o idoso apresenta dimensão alterada no ICOPE e não tem dependência para atividades de vida diária:

Para este grupo, além de todas as ações indicadas no perfil 1, deve-se observar os seguintes itens:

- ✓ Reabilitação de capacidade intrínseca comprometida;
- ✓ Adequação da nutrição;
- ✓ Estimular o exercício físico;
- ✓ Estimular atividades sociais;
- ✓ Manejo e tratamento de doenças de base, multimorbidade e síndromes geriátricas.

As ações propostas para estes grupos são de competência da atenção primária.

Idosos com perfil de funcionalidade 3

Nas situações em que o idoso apresenta dimensão alterada no ICOPE e tem dependência apenas AIVD será necessário, além das ações indicadas nos perfis anteriores, avaliação especializada em geriatria e definição de cuidados junto a equipe multiprofissional para evitar progressão da dependência.

Apesar das extrapolações imprecisas, seria possível planejar ações para uma população estimada de quatro mil idosos.

Idosos com perfil de funcionalidade 4

Nas situações em que o idoso apresenta dimensão alterada no ICOPE e tem dependência para AIVD e ABVD é indicado avaliação geriátrica, seguimento multiprofissional, atenção domiciliar e cuidados paliativos quando necessário. Também importantes as redes intersetoriais de apoio como assistência social, suporte comunitário e especialmente serviços de capacitação a cuidadores.

Neste perfil, a estimativa extrapolada para o planejamento das ações seria para uma cobertura de 4 mil idosos.

A partir da proposta explanada, faz-se necessário capacitação da equipe de atenção primária, além da sensibilização sobre envelhecimento saudável e a relevância da linha de cuidado os seguintes tópicos:

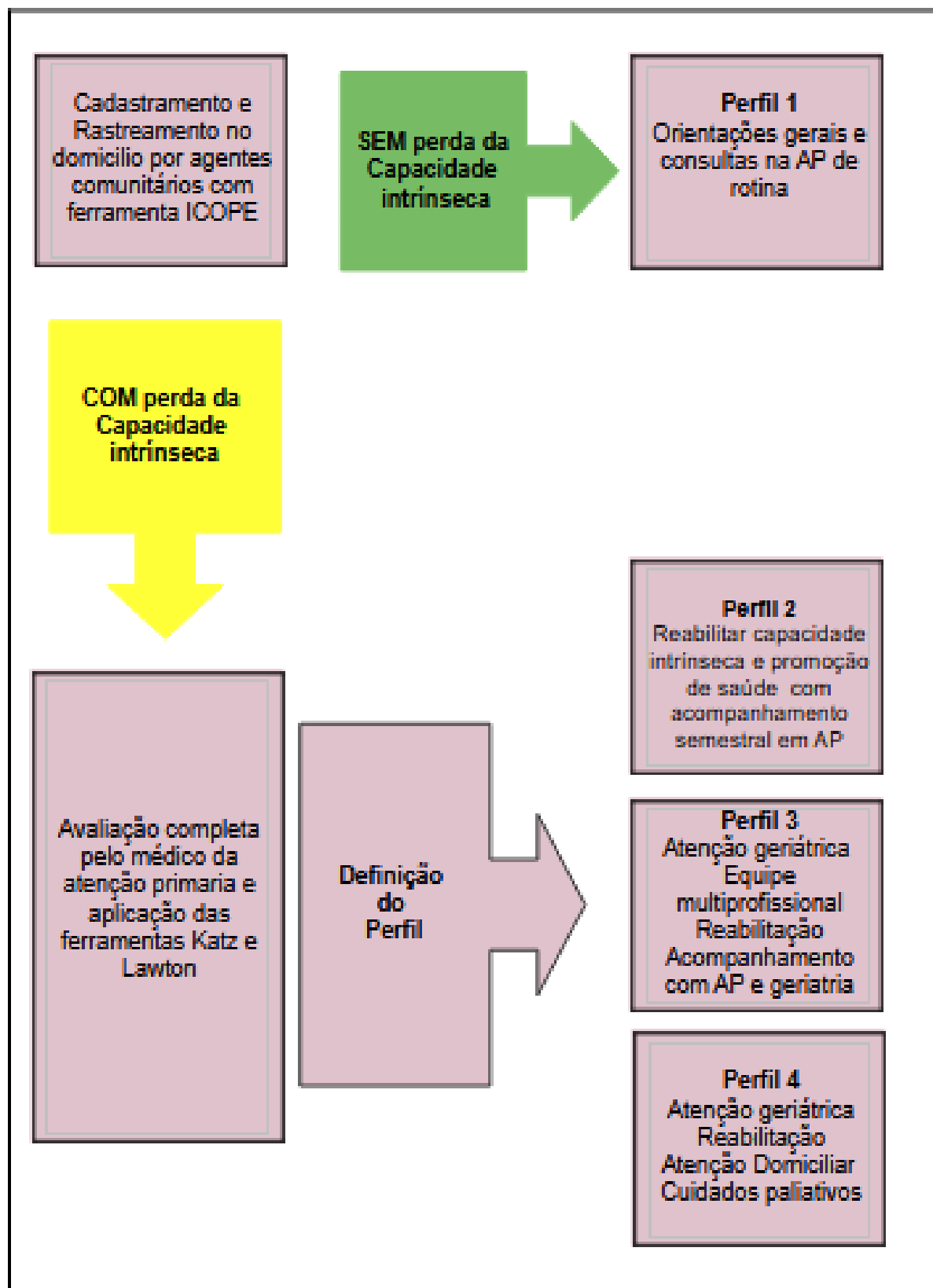
- ✓ Aplicação das ferramentas ICOPE²⁷, Índice de Katz⁸ e Escala de Lawton⁹;
- ✓ Classificação de risco segundo ferramentas ICOPE²⁷, Índice de Katz⁸ e Escala de Lawton⁹;
- ✓ Necessidades de cuidado para cada perfil de risco;
- ✓ Hierarquização do cuidado.

Os treinamentos podem ser planejados e realizados como parte da atribuição dos gestores de área. A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNASUS⁵⁴ oferece diversos cursos gratuitos, em formato EAD, com enfoque prático, baseado na rotina dos profissionais de saúde e em suas reais necessidades e podem ser úteis como educação continuada no cuidado da pessoa idosa.

Um treinamento também necessário, até o momento deste projeto não incorporado ao SUS, é a capacitação de cuidadores¹⁹. A maioria dos idosos recebem cuidado de familiares (cuidadores informais) ou profissionais do cuidado comumente sem qualificação para este trabalho, e recebem orientações, conforme possibilidades, das UBS e USF. Assim sendo, deve-se implementar, junto ao SUS, um programa contínuo de capacitação para assegurar a qualidade e uniformidade do cuidado.

O fluxograma abaixo ilustra o modelo sugerido de hierarquização do cuidado integral à pessoa idosa no SUS:

Figura 3 - Fluxograma: Proposta de hierarquização do cuidado



Quadro 2: NASF não contempla especialista em geriatria e/ou gerontologia

Problema 2	NASF não contempla especialista em geriatria e/ou gerontologia.
Ação	Inclusão de profissionais especializados em saúde do idoso na equipe NASF.
Resultados esperados	Adequação da equipe NASF quanto a atenção à saúde do idoso.
Produtos esperados	Equipe da atenção básica qualificada na atenção integral à pessoa idosa, com garantia de suporte clínico e educacional proporcionando maior resolatividade neste nível de atenção.
Atores /responsabilidades	Gestores municipais.
Recursos necessários	Estrutural: Disponibilidade de geriatras e gerontólogos Cognitivo: // Financeiro: Recursos necessários para contratação de especialistas Político: Articulação entre o Secretário de Saúde o Prefeito.
Recursos críticos/ Viabilidade	Recursos críticos: Financeiro e Político. Ator que controla: Prefeito. Motivação: Indiferente.
Ação estratégica para motivação	Apresentação do diagnóstico situacional e impacto da proposta.
Responsáveis	Gestores municipais.
Cronograma/prazo	Curto prazo – até 1 ano
Gestão, acompanhamento e avaliação	Proporção de equipe de atenção básica capacitada em envelhecimento e saúde da pessoa idosa em relação ao número de equipes existentes na Atenção Básica. Proporção de idosos encaminhados para atenção secundária em relação ao número de idosos avaliados na atenção básica.

Embora, não haja nenhuma obrigatoriedade na contratação de um geriatra ou gerontólogo nas diretrizes que definem o funcionamento do NASF, o profissional especialista no cuidado à pessoa idosa seria fundamental para realizar treinamentos e educação continuada sobre as peculiaridades do paciente idoso, avaliar idosos com perfis de risco, definir plano terapêutico singular e promover a adequação da Linha de Cuidado ao Idoso no município.

Para dimensionar a necessidade destes profissionais na equipe NASF pode-se utilizar, embora com baixa precisão, as estimativas de idosos com algum grau de incapacidade apresentadas neste estudo, que indicou um número em torno de oito mil

idosos no município.

Quadro 3: Serviço de Atenção Domiciliar não implantado

Problema 3	Atenção Domiciliar (AD) restrita a capacidade de atendimento das equipes que compõem a Atenção Básica.
Ação	Solicitar habilitação para uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) para o município ¹⁹⁻²¹ .
Resultados esperados	Conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados aos idosos
Produtos esperados	Qualificação da atenção integral à pessoa idosa.
Atores /responsabilidades	Secretário de Saúde do Município.
Recursos necessários	Estrutural: Insumos de tecnologias em saúde e veículo. Cognitivo: Elaboração do projeto para criação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Financeiro: Recursos necessários para a complementação do incentivo financeiro de custeio fornecido pelo MS. Político: Articulação entre o Secretário da Saúde, Prefeito e Ministério da Saúde.
Recursos críticos/ Viabilidade	Financeiro e Político. Ator que controla: Secretário da Saúde. Motivação: Indiferente.
Ação estratégica para motivação	Apresentação do Diagnóstico situacional da atenção à saúde do idoso do município.
Responsáveis	Secretário de Saúde do Município
Cronograma/prazo	Médio – 1 ano
Gestão, acompanhamento e avaliação	Implementação do serviço. Proporção de atendimentos pelo SAD em relação ao público a ser atendido.

Conforme a Linha de Cuidado do Ministério da Saúde¹², a atenção domiciliar é recomendada para idosos que necessitam de assistência nas atividades diárias (perfil 3 e 4). Isso visa fornecer orientações básicas, intervenções específicas e apoio aos cuidadores, com o objetivo de retardar o declínio funcional e, quando possível, recuperar habilidades comprometidas.

Especialmente para idosos dependentes (perfil 4), a atenção domiciliar é uma estratégia chave que permite cuidados alternativos e individualizados, promovendo a potencialidade e singularidade do envelhecimento.

Sabe-se que no Brasil, em 2016, apenas 345 municípios dos 26 estados possuíam equipes de atenção domiciliar. As regiões Nordeste e Sudeste são as com maior quantitativo de equipes⁵⁵. Também é crucial ressaltar que o Ministério da Saúde fornece diretrizes e capacita equipes para serviços de atenção domiciliar por meio de repasses diretos. No entanto, a decisão sobre estabelecer ou não esses serviços ficam sob a responsabilidade dos municípios brasileiros.

De acordo com a Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016²¹, os requisitos para Habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) são:

- I. População Municipal Adequada: É necessário que o município possua uma população igual ou superior a 20.000 habitantes.
- II. Hospital de Referência: Outro requisito fundamental é a presença de um hospital de referência no município ou na região à qual o serviço se integra. A existência desse hospital assegura o suporte necessário e uma base sólida para o funcionamento do SAD.
- III. Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192): Além disso, é imprescindível que haja uma cobertura efetiva do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), que esteja devidamente habilitado e operante. A presença do SAMU garante uma resposta rápida e eficaz em situações de urgência e emergência, complementando o escopo do SAD.

Destaca-se que o município de Botucatu preenche todos os requisitos para a habilitação de SAD.

Quadro 4: AME não contempla especialistas na atenção ao idoso

Problema 4	AME não contempla especialistas na atenção ao idoso.
Ação	Inclusão de profissionais especializados em saúde do idoso no Ambulatório Médico de Especialidades do município.
Resultados esperados	Adequação da atenção especializada para os cuidados da pessoa idosa.
Produtos esperados	Atenção à saúde dos idosos qualificada.
Atores	Secretaria Municipal de Saúde.

/responsabilidades	Secretaria Estadual de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Disponibilidade de médicos geriatras. Cognitivo: // Financeiro: Recursos necessários para contratação de geriatra. Político: Articulação entre o Secretário da Saúde, Prefeito e Secretaria Estadual de Saúde.
Recursos críticos/ Viabilidade	Político Ator que controla: Secretário Estadual de Saúde. Motivação: Indiferente.
Ação estratégica para motivação	Apresentação do diagnóstico situacional da atenção à saúde do idoso no município e à secretaria estadual de saúde.
Responsáveis	Secretário Municipal de Saúde.
Cronograma/prazo	Curto prazo – 1 ano.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Proporção de idosos com perfis 3 e 4 cadastrados na atenção primária em relação aos idosos atendidos no AME.

Os Ambulatórios Médicos de Especialidades⁵⁶ surgiram em resposta aos desafios enfrentados pelo SUS na de atenção integral à saúde. Muitos pacientes que requerem atendimento para diagnóstico ou procedimentos ambulatoriais especializados enfrentam dificuldades para acessar esses serviços de maneira oportuna, de acordo com suas necessidades.

Especificamente, os ambulatórios de especialidades, especialmente os associados aos hospitais de ensino localizados em grandes centros universitários, recebem pacientes encaminhados pela rede básica de saúde ou aqueles que buscam ajuda de forma independente. Esses ambulatórios assumem a responsabilidade de acompanhar esses pacientes de forma ambulatorial, muitas vezes ao longo de períodos prolongados, sendo que a maioria deles apresenta doenças crônicas. No entanto, parte desses pacientes poderia ser encaminhada de volta para a rede básica de saúde municipal, uma vez que, com diagnósticos estabelecidos, não necessitam de tratamentos altamente complexos.

A persistência desses pacientes nos ambulatórios especializados leva ao congestionamento das agendas, resultando em longas listas de espera. Isso dificulta o atendimento de novos pacientes que muitas vezes precisam de procedimentos especializados. Para abordar essas questões, alguns princípios fundamentais orientam e distinguem os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) dos

ambulatórios médicos tradicionais:

Os pacientes poderão ser atendidos nos AMES através de encaminhamentos da rede básica de saúde municipal da área de abrangência sendo a marcação de consulta realizada online por meio de sistema informatizado. Após procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, os pacientes não continuam sendo atendidos no AME, sendo devolvidos para cuidados na rede básica ou de alta complexidade, A rede básica deve estar qualificada para tratar agravos, e casos que precisam de acompanhamento especializado devem ser direcionados para ambulatórios tradicionais de referência.

O Perfil de atendimento do AME é definido em colaboração entre as Secretarias Municipais de Saúde, os hospitais da região e o Departamento Regional de Saúde. Esse perfil inclui informações técnicas e diretrizes para garantir a eficiência e aprimoramentos contínuos.

Desta forma, diante o perfil demográfico de Botucatu como um município de população idosa, agregar profissionais especializados em idosos certamente contribuirá para garantia da linha de cuidado, especialmente para idosos com perfil de funcionalidade 3 e 4.

Quadro 5: Unidade de Cuidados Prolongados não implementada

Problema 5	Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) não implementada
Ação	Solicitar Habilitação de UCP a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde.
Resultados esperados	Qualificação do processo de recuperação/reabilitação após internações de idosos, especialmente com algum grau de dependência.
Produtos esperados	Redução do tempo de internação. Reabilitação físico funcional aprimorada Reinserção social facilitada Continuidade nos Cuidados Domiciliares
Atores /responsabilidades	Secretário Municipal da Saúde Prefeito Ministério da Saúde
Recursos necessários	Estrutural: Estrutura necessária para o funcionamento de um estabelecimento hospitalar. Cognitivo: Elaboração de projeto Financeiro: Recursos necessários para complementar incentivo financeiro

	e custeio do MS. Político: Articulação entre o Secretário da Saúde, Prefeito, e Ministério da Saúde.
Recursos críticos/ Viabilidade	Estrutural, Financeiro e Político. Ator que controla: Ministério da Saúde. Motivação: Indiferente.
Ação estratégica para motivação	Elaboração e encaminhamento ao MS de um adequado projeto de implantação da UCP.
Responsáveis	Gestores Municipais.
Cronograma/prazo	Indeterminado.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Problema de baixa governabilidade.

Cuidados Prolongados se aplicam a pacientes clinicamente estáveis que requerem reabilitação ou adaptação às sequelas de processos médicos, cirúrgicos ou traumatológicos. Essa abordagem visa a recuperação clínica e funcional, oferecendo avaliação e reabilitação intensiva a pessoas com perda transitória ou permanente de autonomia, que podem ser recuperadas parcial ou totalmente, sem necessidade de internação hospitalar aguda.

Essas unidades hospitalares atendem especialmente idosos que precisam de intensiva recuperação ou reabilitação após internação ou procedimento hospitalar. O objetivo é permitir que retornem para casa com maior segurança, onde receberão cuidados da equipe de Atenção Básica e/ou Atenção Domiciliar. Os idosos com declínio funcional contínuo ou já estabelecido (perfis 3 e 4) são os que mais se beneficiam dos Cuidados Prolongados, devido à sua fragilidade, o que pode complicar o processo de recuperação.

De acordo com a Portaria Nº 2.809²⁵, no Artigo 8º, os Cuidados Prolongados podem ser organizados das seguintes maneiras:

- I. I Unidades de Internação em Cuidados Prolongados, que são serviços integrados a Hospitais Gerais ou Especializados (denominadas UCP). As UCP devem possuir de quinze a vinte e cinco leitos destinados ao tratamento prolongado.
- II. Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (denominados HCP) cuja capacidade total é dedicada exclusivamente a esse propósito e deve

contar com, pelo menos, quarenta leitos.

Nesta mesma portaria foi estabelecido um incentivo financeiro de investimento para aprimorar e expandir as UCP, no valor de até R\$ 10.000,00 por leito.

Desta forma, para o município de Botucatu, onde o Hospital do Bairro passa por revitalização e reformas, observa-se a oportunidade de instalação de quinze a vinte leitos destinados a UCP.

VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo realizar um diagnóstico situacional sobre a organização da linha de cuidado e desenvolver um plano de ação para a implementação da abordagem completa de cuidado à pessoa idosa no âmbito do SUS em Botucatu, assim como elaborar um projeto de intervenção que contribua para a implementação da linha de cuidado no município.

O diagnóstico situacional identificou um município com alto índice de envelhecimento e proporções mais altas de atendimentos de urgência e emergência (UE) e hospitalizações entre idosos, em comparação com atendimentos em atenção primária. Foi realizada estimativa dos números de idosos com dependência para atividades de vida por extrapolação de dados de literatura³⁸ sendo observado em torno de oito mil idosos.

Na organização da atenção ao idoso no sistema de saúde do município observou-se a baixa aderência à ferramenta de classificação de risco, falta de equipes multiprofissionais com conhecimentos adequados sobre a saúde do idoso (NASF e AME), uso e infraestrutura necessários para os cuidados intermediários, que pudessem garantir uma transição segura entre a alta hospitalar e o retorno ao ambiente domiciliar. Além disso, havia a escassez de serviços de cuidado domiciliar para idosos frágeis, conforme estipulado no Estatuto do Idoso.

A atenção primária não estava devidamente preparada para colocar em prática as recomendações da linha de atenção integral ao paciente idoso.

Foram sugeridas ações que amenizassem os problemas encontrados, especialmente a capacitação da atenção primária no planejamento do cuidado baseado em estratificação de risco, no diagnóstico multidimensional, na definição de metas terapêuticas e de intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras. Indicou-se uma estratégia de estratificação de risco através das

ferramentas ICOPE, Índice de Katz e Escala de Lawton a fim de promover maior aderência a esta prática e garantir a qualificação do cuidado.

Além disso foram indicadas ações para suprir a falta de equipes especializadas na saúde do idoso e do serviço de atenção domiciliar. No entanto ressalta-se que a atenção integral à saúde das pessoas idosas é, necessariamente, intersetorial, sendo o setor saúde apenas um dos componentes da abrangente linha de cuidado.

A articulação do SUS com o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) é de extrema importância para garantir a atenção integral à saúde do idoso. Essa colaboração entre os dois sistemas permite abordar de maneira mais abrangente as necessidades complexas e multifacetadas da população idosa, promovendo um cuidado mais eficaz e abrangente. Desta forma, planos terapêuticos singulares elaborados pelas equipes da atenção básica e articulados com os serviços socioassistenciais contribuiriam para a qualificação dos da assistência.

A expansão de centros de convivência, centros dia e a implementação de leitos públicos em instituições de longa permanência para idosos poderiam contribuir para a qualidade de vida, saúde e bem-estar dos idosos, ao mesmo tempo em que aliviam a sobrecarga sobre o sistema de saúde e apoiam as famílias cuidadoras.

O estudo se utilizou de dados e experiências de um município com população de cerca de 150 mil habitantes, referência em saúde dentro de um perfil regional e com características positivas em relação à política assistencial em saúde. O interesse nesse tipo de pesquisa foi, além de possibilitar evidenciar novos modelos dentro do meio acadêmico, culminar em mais trabalhos acadêmicos no contexto político e da gestão pública, contribuir com o papel do programa e da Universidade em identificar alternativas, gerar produtos para solução de questões práticas da comunidade e, trazer “à tona”, o estabelecimento de união entre meio acadêmico, assistencial e político em busca de melhor condição na prestação de serviços de saúde do nível mais básico até o de alta complexidade, a fim de garantir o melhor atendimento possível ao paciente.

Tentou-se criar protótipo com embasamento teórico, considerando estudos, ferramentas, legislações e indicadores e, partir disso, modelar o checklist para se alcançar o objetivo final, basicamente:

- ✓ estudar a região onde será aplicado o projeto;
- ✓ definir sua população;

- ✓ escolher o conceito a ser aplicado;
- ✓ listar a problemática;
- ✓ solução para cada item.

Com isso o modelo pode ser aplicado ao um município com qualquer população, em qualquer área de conhecimento de interesse, desde que se conheça as limitações do cenário. No desenvolvimento do estudo, levantamos hipóteses de aplicação em outros municípios, ou até mesmo, a aplicação em áreas como Educação ou Segurança Pública. Talvez, com alguns ajustes, seja possível alinhar a execução prática.

Em relação às limitações e dificuldades encontradas na elaboração do estudo, um complicador a ser mencionado foi a quantidade de material relacionado aos cuidados da saúde do idoso, o que por um lado garantiu muita informação, mas que em muitas circunstâncias também trouxe confusão para a escolha. Ao analisarmos as Orientações Técnicas sobre a linha de cuidado do MS¹², compreendeu-se que o material continha, de forma bem estabelecida, as trajetórias necessárias para uma abordagem adequada. Grande parte do estudo se deu no período da pandemia COVID-19, dificultando várias interfaces. Outro ponto importante a mencionar, foi a redefinição do Estudo que serviu como embasamento para essa Pesquisa.

Considerando os dados do envelhecimento, ações que possam contribuir para o melhor desenvolvimento da assistência à pessoa idosa mostra-se apropriado e atual. E, especificamente para o município de Botucatu alinhar ações que promovam a qualidade de vida do idoso, certamente impactará nos fluxos de saúde da cidade.

No futuro, uma implantação desse projeto de política pública, como um “piloto”, pode gerar novos trabalhos, considerando mensuração quantitativa e qualitativa, modelos de gestão em saúde e qualidade em saúde. Botucatu pode continuar sua busca por um modelo ideal de atuação assistencial, acadêmica e política.

Conclusão: Conclui-se, portanto, que o estudo situacional identificou um município com uma população idosa significativa e desafios na implementação integral da Linha de Cuidado. As medidas sugeridas têm o propósito de enfrentar esses desafios de maneira proativa, buscando aprimorar a eficácia do sistema de saúde em lidar com as necessidades particulares dos idosos. Ao fazer isso, aspira-se a proporcionar um cuidado mais qualificado, abrangente e adequado às demandas

desse grupo etário crescente e primordial para a nossa sociedade.

VII – REFERÊNCIAS:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Amapá, Piauí, Rondônia e Pará tinham menos de 30% dos seus domicílios urbanos conectados à rede de esgoto em 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado 14 ago. 2023]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37179-amapa-piaui-rondonia-e-para-tinham-menos-de-30-dos-seus-domicilios-urbanos-conectados-a-rede-de-esgoto-em-2022>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado 14 ago. 2023]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>
3. Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto da pessoa idosa e dá outras providências [Internet]. Brasília: Casa Civil; 2003 [citado 31 Jan 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 27 Jan 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 29 Jan 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
6. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [citado 14 Jan 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 26 Jan 2022]. Disponible em: [http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/OMS\(2015\)InformeMundialSobreEnvejecimientoSalud.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/OMS(2015)InformeMundialSobreEnvejecimientoSalud.pdf)
8. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185(12):914-9.
9. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
10. Duarte YAO, Nunes DP, Corona LP, Lebrão ML. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? a visão mostrada pelo Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010. Cap. 4, p. 123-44.
11. Brasil. Congresso Nacional. Termo: princípio da economicidade [Internet]. Brasília: Congresso Nacional; 2023 [citado 10 Fev 2023]. Disponible em: https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/orcamentario/termo/principio_da_economicidade#:~:text=Princ%C3%ADpio%20que%20objetiva%20a%20minimizac%C3%A7%C3%A3o,CF%2C%20art
12. 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 25 Jan 2022]. Disponible em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da pessoa idosa [Internet]. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 7 Mar 2023]. Disponible em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf

14. Dias JTLB, Silva LC, Pinheiro RBS, Santiago MLE, Silva FIC, Dias MV. A utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa pelos profissionais de saúde como instrumento de assistência integral. *Res Soc. Dev.* 2022;11(4):e40911427205.
15. Cabral JF, Silva JFG, Gleriano JS, Balderrama P, Borges AP, Silva AMC. Avaliação da atenção integral à saúde do idoso na percepção de profissionais. *Rev. Bras. Prom. Saúde.* 2019; 32:8367.
16. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade [Internet]*. 2013 [citado 6 fev. 2023];8(29):264-73. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)826](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)826).
17. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia da saúde da família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Publica [Internet]*. 2011 [citado 6 fev. 2023];27(4):779-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400017>
18. Placideli N, Castanheira ERL. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de atenção primária. *Kairós Gerontol. [Internet]*. 2017 [citado 6 fev. 2023];20(2):247-69. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p247-269>
19. Lopes JMC, organizador. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde: experiência do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição [Internet]. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003 [citado 3 fev. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf
20. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 3 fev. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as

- equipes habilitadas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 21 fev. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
22. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Ambulatório Médico de Especialidades - AMEs. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2017 [citado 3 fev. 2023]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/ambulatorio-medico-de-especialidades-ames/ambulatorio-medico-de-especialidades-ames>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002. Criar mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 7 Mar 2023]. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_702.pdf
24. Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda Hora [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 3 fev. 2023]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeemergencia>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 16 Mar 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Estrutura para os países alcançarem um continuum integrado de cuidados de longa duração [Internet]. Washington: OPAS; 2022 [citado 10 fev. 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56872>
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária [Internet]. Washington: OPAS; 2020 [citado 6 fev. 2023]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. World Health Organization. Integrated Care for Older People (ICOPE) implementation pilot programme: findings from the 'ready' phase [Internet]. Geneva: WHO;

2022 [citado 6 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048355>

29. Beard JR, Jotheeswaran AT, Cesari M, Carvalho IA. The structure and predictive value of intrinsic capacity in a longitudinal study of ageing. *BMJ Open*. 2019;9(11):e026119.
30. Giacomini KC, maio IG. A PNI na área da saúde. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, organizadores. Política nacional do idoso: velhas e novas questões [Internet]. Rio de Janeiro: Ipea; 2016 [citado 6 fev. 2023]. Cap. 4, p. 135-74. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado 13 jun. 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
32. Fundação Sistema Estadual de Análise de dados do Governo do Estado de São Paulo. SEADE [Internet]. São Paulo: SEADE; 2023 [citado 10 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/>
33. Fundação Oswaldo Cruz. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso) [Internet]. Rio de Janeiro: ICICT; 2011 [citado 20 ago. 2022]. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde: em busca de um SUS eletrônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 6 Mar 2023]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>
35. Botucatu. Secretaria de Saúde do Município de Botucatu. Secretaria de Saúde [Internet]. Botucatu: Secretaria de Saúde do Município de Botucatu; 2022 [citado 10 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.botucatu.sp.gov.br/portal/secretarias/12/secretaria-de-saude/>
36. Botucatu. Secretaria de Saúde do Município de Botucatu. Plano municipal de saúde: período 2.022 a 2.025 [Internet]. Botucatu: Secretaria de Saúde do Município de Botucatu; 2022 [citado 3 fev. 2023]. Disponível em: https://www.botucatu.sp.gov.br/arquivos/plano_municipal_de_saUde_2022_a_2025_aprovado_no_cms_em_3108_06103313.pdf

37. Botucatu. Secretaria de Assistência Social do Município de Botucatu [Internet]. Botucatu: Secretaria de Assistência Social do Município de Botucatu; 2023 [citado 3 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.botucatu.sp.gov.br/portal/secretarias/4/secretaria-de-assistencia-social/>
38. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 10 fev. 2023];30(3):599-610. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KYZYjtvSqWXYNggB9Kyz5pk/?format=pdf&lang=pt>
39. Campos FCC, Faria HP, Santos MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde [Internet]. 2a ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG; 2010 [citado 3 fev. 2023]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Planejamento-2010.pdf
40. Lassance A. Como elaborar projetos de intervenção para a implementação de políticas públicas? [Internet]. Brasília: IPEA; 2022 [citado 3 fev. 2023]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11630/1/Publicacao_preliminar_TD_Como_elaborar_projetos.pdf
41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Prévia da população calculada com base nos resultados do censo demográfico 2022 até 25 de dezembro de 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado 3 Jul 2023]. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/SP_POP2022.pdf
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 3 Jul 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
43. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 3 Jul 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf

44. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. DRS VI - Bauru [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2023 [citado 14 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-vi-bauru>
45. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Esses somos nós [Internet]. Botucatu: HCFMB; 2023 [citado 14 fev. 2023]. Disponível em: <https://hcfmb.unesp.br/our-clinic/quem-somos/>
46. São Paulo. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei complementar nº 1.124, de 1 de julho de 2010. Confere personalidade jurídica, como entidade autárquica, ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - HCFMB, da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho - UNESP, e dá providências correlatas [Internet]. São Paulo: ALESP; 2010 [citado 3 Mar 2023]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2010/lei.complementar-1124-01.07.2010.html>
47. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo [Internet]. Brasília: SAPS; 2022 [citado 3 Jul 2023]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas>
48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência [Internet]. Brasília: SAPS; 2002 [citado 3 fev. 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
49. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2004 [citado 21 fev. 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm
50. Ambulatório Médico de Especialidade do Município de Botucatu. AME Botucatu [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2021 [citado 21 fev. 2023].

Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ouvidoria-sessp/instituicoes/ouvidorias-estaduais/ambulatorio-medico-de-especialidades/ame-botucatu>

51. Rede de Reabilitação Lucy Montoro. Apresentação: a Rede Lucy Montoro [Internet]. São Paulo: Rede Lucy Montoro; 2023 [citado 3 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.redelucymontoro.org.br/site/a-rede-lucy-montoro-apresentacao.html>
52. São Paulo. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei nº 16.287, de 18 de julho de 2016. Dispõe sobre o acesso das unidades da rede pública de saúde ao sistema da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - Sistema CROSS [Internet]. São Paulo: ALESP; 2016 [citado 5 Mar 2023]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2016/lei-16287-18.07.2016.html>
53. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG, et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde Debate [Internet]. 2014 [citado 10 ago. 2023];38(Spec No):209-20. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>
54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. UNA-SUS Cursos [Internet]. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2023 [citado 6 Mar 2023]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/busca?status=com%20oferta%20aberta&busca=&ordenacao=Relev%C3%A2ncia%20na%20busca>
55. Peroni FM, Veríssimo LCG, Shibata LG. Envelhecimento e cuidados à dependência no Brasil. Washington: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2020. (Nota técnica do BID; n. 2054)
56. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV, Yamada ATT, Falcão LHB. Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) no estado de São Paulo. Rev. RAS [Internet]. 2010 [citado 3 Jul 2023];12(48):125-30. Disponível em: <https://docs.bvsa-lud.org/biblioref/ses-sp/2010/ses-17836/ses-17836-1828.pdf>

VIII - ANEXO:

Keyth Regina Vital
Adriana Polachini do Valle
Paulo José Fortes Villas Boas



Projeto de intervenção para
implementação da linha
de cuidado para atenção
integral à saúde da pessoa
idosa no SUS
no município de Botucatu-SP



Keyth Regina Vital
Adriana Polachini do Valle
Paulo José Fortes Villas Boas

Projeto de intervenção para
implementação da linha
de cuidado para atenção
integral à saúde da pessoa
idosa no SUS
no município de Botucatu-SP

Botucatu

2023

Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina de Botucatu



Apoio:

- Depto. de Gestão de Atividades Acadêmicas do HCFMB:
Núcleo de Publicação Interna.

Capa e diagramação:
Sandro Richard Martins

Ficha catalográfica elaborada pela:
Seção técnica de Aquisição e Tratamento da Informação
Divisão de biblioteca e documentação - Campus de Botucatu - Unesp
Bibliotecária responsável: Maria Carolina Andrade Cruz e Santos - CRB 8/10188

Vital, Keyth Regina

Projeto de intervenção para implementação da linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS no município de Botucatu-SP [recurso eletrônico] / Keyth Regina Vital, Adriana Polachini do Valle, Paulo José Fortes Villas Boas. - Botucatu : HCFMB, 2023

Ebook

ISBN: 978-65-87884-26-4

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Assistência à Idosos. 4. Políticas públicas. I. Título. II. Vital, Keyth Regina. III. Valle, Adriana Polachini do. IV. Boas, Paulo José Fortes Villas. V. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. VI. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

CDD 618.97

2023. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - HCFMB.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser
reproduzida por qualquer meio, sem a prévia autorização do Hospital
das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

ISBN: 978-65-87884-26-4

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n

Unesp Campus de Botucatu - CEP 18618-687 - Botucatu-SP

Telefone: ++55(14) 3811-6000

superintendencia@hcfmb.unesp.br

Autores:

Keyth Regina Vital

Adriana Polachini do Valle

Paulo José Fortes Villas Boas

SUMÁRIO

Apresentação.....	6
1. Produtos, resultados e impactos esperados pelo projeto em questões de política pública	7
2.Contexto do problema	7
3.Objetivo e teoria orientadora do projeto	9
4.Narrativa de política	10
5. Teste de estresse	11
6.Intervenções	12
7. Conclusão e resumo executivo	28
8.Referências	31

APRESENTAÇÃO

Este projeto representa um esforço significativo no campo da Pesquisa Clínica, tendo origem em uma dissertação de mestrado dentro do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. O seu desenvolvimento é notável pelo fato de ter sido concebido como um produto final, independentemente de apoio financeiro externo. O objetivo primordial deste projeto é ter um impacto positivo e duradouro na organização da linha de cuidado dedicada à saúde da população idosa no município de Botucatu, São Paulo. O produto final almejado consiste na otimização e qualificação do fluxo de cuidados destinados a essa parcela da população, promovendo, assim, uma abordagem mais eficaz e compassiva para a atenção à saúde dos idosos em nossa comunidade. Neste contexto, a presente iniciativa busca contribuir significativamente para o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos de Botucatu.

1

PRODUTOS, RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS PELO PROJETO EM QUESTÕES DE POLÍTICA PÚBLICA

O impacto esperado para este projeto é contribuir para uma organização da linha de cuidado na atenção à saúde da pessoa idosa no município de Botucatu-SP.

O produto esperado é a qualificação do fluxo de cuidados na atenção à saúde da pessoa idosa do município.

2

CONTEXTO DO PROBLEMA

O Brasil é um país com mais de 200 milhões de habitantes que assumiu a proposta de oferecer serviço público de saúde aos seus cidadãos. Este desafio torna-se ainda maior com o progressivo e rápido envelhecimento populacional.

O envelhecimento é um reflexo positivo do desenvolvimento humano e social, indicando conquistas na área da saúde e qualidade de vida, no entanto exige políticas públicas voltadas para esta população.

As pessoas idosas apresentam particularidades específicas como mais doenças crônicas, despesas elevadas e limitados apoios sociais e financeiros. O processo fisiológico do envelhecimento leva a perdas de funcionalidade, no entanto, este processo se agrava na presença de multimorbidades.

Desta forma a atenção a saúde do idoso requer organização de cuidados de forma diferente da atenção ao adulto. Neste contexto o Ministério da saúde propôs uma linha de cuidado

para a pessoa idosa, com objetivo de proporcionar um modelo de abordagem integrada e contínua para a saúde dos idosos.

Esse modelo, centrado na atenção primária, visa a promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de condições específicas que afetam essa faixa etária. Por meio da coordenação entre diferentes níveis de atenção, profissionais e serviços de saúde, busca-se otimizar a qualidade de vida dos idosos, considerando suas particularidades e necessidades, e garantir um atendimento mais eficaz, evitando a fragmentação dos cuidados.

Isso inclui ações que se iniciam a partir de uma classificação de risco e determinação de planos terapêuticos singulares, visando a promoção do envelhecimento saudável até o manejo adequado de doenças crônicas, contribuindo para uma abordagem holística e centrada no idoso.

No entanto, a implementação deste modelo de atenção apresenta vários desafios e ainda não está bem estabelecido.

Foi realizado estudo para avaliar a implementação de modelo de atenção integral à saúde do idoso no município de Botucatu, verificando-se, a partir do documento orientador da linha de cuidado do Ministério da saúde, as deficiências e adequações.

Realizou-se um diagnóstico situacional e foi observado que o município apresenta alto índice de envelhecimento. Foi realizada estimativa dos números de idosos com dependência para atividades de vida por extrapolação de dados de literatura sendo observado em torno de oito mil idosos. Verificou-se proporções mais altas de atendimentos de urgência e hospitalizações em comparação com atendimentos em atenção primária.

Também se verificou baixa aderência a ferramenta de triagem para determinação do perfil de risco, falta de equipes

multiprofissionais com conhecimentos adequados sobre a saúde do idoso e infraestrutura necessárias para os cuidados intermediários, que pudessem garantir uma transição segura entre a alta hospitalar e o retorno ao ambiente domiciliar. Além disso, havia a dimensão, por necessidade de hospitalizações, exames e gastos com medicamentos.

3

OBJETIVO E TEORIA DO PROGRAMA ORIENTADOR DO PROJETO

Este projeto tem como objetivo fornecer subsídios para organização e adequação do fluxo de cuidados na atenção à saúde da pessoa idosa no município de Botucatu.

Teoria orientadora: Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS¹.

Fontes de Dados:

Para obtenção do perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico dos idosos do município, foram utilizadas as seguintes fontes:

- . Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²;
- . Sistema Estadual de Análise de Dados do Governo do Estado de São Paulo (SEADE)³;
- . Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento da Política do Idoso (SISAP)⁴;

O projeto foi elaborado de acordo com o modelo “Como elaborar projetos de implementação de políticas públicas?” do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)⁵.

4

NARRATIVA DE POLÍTICA

Envelhecimento populacional;

Particularidades do processo de envelhecimento com mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros;

Necessidade de implementação de políticas públicas para estruturação na atenção à saúde da pessoa idosa

Modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde;

Avaliação da implementação do modelo no município de Botucatu;

Diagnóstico situacional do município com observação de lacunas e fragilidades;

Projeto de intervenção para adequação da organização de rede de atenção à saúde da pessoa idosa no município;

Apresentação de cinco propostas de intervenção viáveis, aproveitando as oportunidades de financiamento disponibilizadas por meio de portarias do Ministério da Saúde para abordar problemas, incluindo o fortalecimento da capacitação da atenção primária no planejamento de cuidados baseados em estratificação de risco, diagnóstico multidimensional e definição de metas terapêuticas/preventivas.

Foi recomendada a estratificação de risco com ferramentas como ICOPE⁶, Katz⁷ e Lawton⁸ para melhorar a prática e a qualificação do cuidado. . A ferramenta ICOPE avalia a capacidade intrínseca (interação entre os recursos físicos e mentais do indivíduo e os ambientes, tanto físicos quanto sociais, nos quais ele está inserido) enquanto que a Escala de Lawton e o Índice de Katz , avaliam a capacidade funcional, ou seja o desempenho nas atividades instrumentais e básicas de vida , repectivamente Também, ações foram sugeridas para resolver a escassez de equipes especializadas em saúde do idoso na atenção primária (NASF) e secundária (AME) e implementação de cuidados intermediários e serviço de atenção domiciliar.

5

TESTE DE ESTRESSE

Apresentação do projeto ao Secretário Municipal de Saúde e ao Prefeito do município para que os principais atores envolvidos no problema tenham percepções adequadas sobre o problema.

6

INTERVENÇÕES

I - ATENÇÃO PRIMÁRIA (AP) COM IMPLEMENTAÇÃO INCIPIENTE DA ATENÇÃO INTEGRADA À PESSOA IDOSA

Problema 1 AP com implementação incipiente da atenção integrada à pessoa idosa	
Ações	- Promover a educação permanente dos profissionais da rede de AP quanto ao processo de envelhecimento e cuidado integrado à pessoa idosa; - Implantar ferramenta de triagem simplificada;
Resultados Esperados	- Equipes de AP capacitadas para realização do cadastramento, estratificação de risco e coordenação do plano terapêutico singular e instruídos sobre os objetivos dos mesmos e suas ferramentas de aplicação. - Ferramenta de triagem implantada;
Produtos esperados	Aprimoramento da atenção integral à pessoa idosa.
Atores/ responsabilidades	NASF /Especialistas em geriatria/gerontologia: Preparar e ministrar treinamento; Secretário Municipal de Saúde: Validar e autorizar o treinamento;
Recursos necessários	Estrutural: Instrutores, salas de aula, apostilas. Cognitivo: Compreensão sobre o tema. Financeiro: // Político: Adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Cognitivos e Políticos.

Problema 1	
AP com implementação incipiente da atenção integrada à pessoa idosa	
Ação estratégica para motivação	Apresentar projeto para gestores de saúde e responsáveis pelos serviços de AP
Responsáveis	Secretaria Municipal de Saúde e NASF.
Cronograma/prazo	Curto prazo – até 1 ano.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Proporção de pessoas idosas com estratificação de risco realizada em relação ao número de idosos cadastrados na Atenção Básica

O projeto propõe o aprimoramento da linha de cuidado para a saúde dos idosos através de um programa contínuo de educação. O diagnóstico situacional revelou falta de conhecimento sobre a linha de cuidado entre os profissionais de atenção primária, bem como escassa capacitação para implementá-la e baixa utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Para abordar isso, a pesquisa sugere um treinamento que abranja o planejamento do cuidado para idosos, usando estratificação de risco, diagnóstico multidimensional, metas terapêuticas e intervenções diversas. Como ponto de partida, propõe um rastreamento com a ferramenta ICOPE, uma opção iável de triagem que pode ser aplicada por Agentes Comunitários de Saúde após treinamento.

FERRAMENTA DE TRIAGEM ICOPE

Condições prioritárias associadas à perda de capacidade intrínseca	Testes/exames	Avalie detalhadamente todos os domínios marcados
DECLÍNIO COGNITIVO	1. Lembre-se de três palavras: flor, porta, arroz (por exemplo) 2. Orientação no tempo e no espaço: Qual é a data completa de hoje? Onde você está agora (em casa, na clínica, etc.)? 3. Você se lembra das três palavras?	() Errou ou não soube responder qualquer uma das perguntas () Não conseguiu se lembrar das três palavras
MOBILIDADE REDUZIDA	Teste de levanta-se da cadeira: Levante-se da cadeira cinco vezes sem usar os braços. A pessoa conseguiu se levantar cinco vezes da cadeira em 14 segundos?	() NÃO
MÁ NUTRIÇÃO (VITALIDADE)	1. Perda de peso: Você perdeu mais de 3 kg sem querer nos últimos três meses? 2. Perda de apetite: Você vem tendo perda de apetite?	() SIM () SIM
DEFICIÊNCIA VISUAL	Você tem algum problema nos olhos? Tem dificuldade de enxergar de longe, dificuldade de ler, doenças oculares ou está atualmente em tratamento médico (por exemplo, para diabetes ou pressão alta)?	() SIM
PERDA AUDITIVA	Ouve sussurros (teste do sussurro) ou Audiometria de triagem constatou 35 dB ou menos ou Passa em teste automático (em aplicativo) de dígitos com ruído	() NÃO
SINTOMAS DEPRESSIVOS	Ao longo das duas últimas semanas, você se sentiu incomodado(a) por – Sentir-se para baixo, deprimido ou sem esperança? – Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	() SIM () SIM

Essa ferramenta é reconhecida por sua eficácia na previsão de declínio funcional e pela sua aplicação simples, esperando-se uma adesão mais ampla por sua facilidade de uso. Após a triagem com a ferramenta ICOPE, os profissionais de saúde devem conduzir avaliações detalhadas para qualquer limitação de capacidade identificada. Essa avaliação será realizada por os de atenção primária e abrangerá:

1. Detalhada avaliação das condições relacionadas à perda de capacidade intrínseca;
2. Avaliação e gestão das doenças subjacentes, considerando atendimento domiciliar, reabilitação ou cuidados paliativos;
3. Avaliação e gestão dos contextos sociais e físicos, incluindo encaminhamentos para apoio social, quando necessário;
4. Utilização das ferramentas de Katz e Lawton para avaliação da capacidade funcional.

ÍNDICE DE KATZ – ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)

As questões investigam a capacidade do indivíduo em realizar as tarefas propostas sem auxílio, com ajuda parcial ou com ajuda total de outra pessoa. Aplica-se o questionário assinalando a resposta correspondente. O uso de equipamentos de suporte mecânico, por si só, não altera a classificação de independência para a função.

As alternativas são:

Não: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio.

Sim: Significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio de outra pessoa.

TAREFA	DESCRIÇÃO	SIM	NÃO
Banho	Recebe ajuda ou somente recebe ajuda para parte do corpo.		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar.		
Higiene Pessoal	Vai e usa o banheiro, veste-se e retorna sem nenhuma ajuda.		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar-se sem ajuda.		
Continência	Controla completamente urina e fezes.		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne e passar manteiga).		

Para cada SIM= 1 ponto

Dependente total: 0, 1, 2 pontos

Dependente parcial: 3, 4 pontos

Independente: 5, 6 pontos

Consideremos dependente quando 4 pontos ou menos

Consideremos dependente quando 4 pontos ou menos

ESCALA DE LAWTON – ATIVIDADE INSTRUMENTAL DA VIDA DIÁRIA

As questões investigam a capacidade do indivíduo em realizar ou não as tarefas propostas e, se o faz com ajuda de outra pessoa. Aplica-se o questionário assinalando a resposta correspondente.

As alternativas são:

SEM AJUDA: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio.

COM AJUDA PARCIAL: significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa.

NÃO CONSEGUE: Significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade.

DESCRIÇÃO	SEM AJUDA	AJUDA PARCIAL	NÃO CONSEGUE
1. O Sr. consegue usar o telefone?	3	2	1
2. O Sr. consegue ir a lugares distantes, usando algum tipo de transporte?	3	2	1
3. O Sr. consegue fazer compras?	3	2	1
4. O Sr. consegue preparar suas próprias refeições?	3	2	1
5. O Sr. consegue arrumar a casa?	3	2	1
6. O Sr. consegue fazer trabalhos manuais domésticos?	3	2	1
7. O Sr. consegue lavar e passar sua roupa?	3	2	1
8. O Sr. consegue tomar seus remédios corretamente?	3	2	1
9. O Sr. consegue cuidar de suas finanças?	3	2	1

Avaliação de resultados: a pontuação varia de 27 (Vinte e sete) a 9 (NOVE) pontos, onde 9 (NOVE) indica dependência (total) para o desempenho de todas as atividades e 27 (Vinte e sete) indica independência na realização de todas as atividades propostas.

A pontuação intermediária indica a dependência total ou parcial em quaisquer das atividades e deverá ser avaliada individualmente.

Consideraremos dependente quando obtiver 22 pontos ou menos

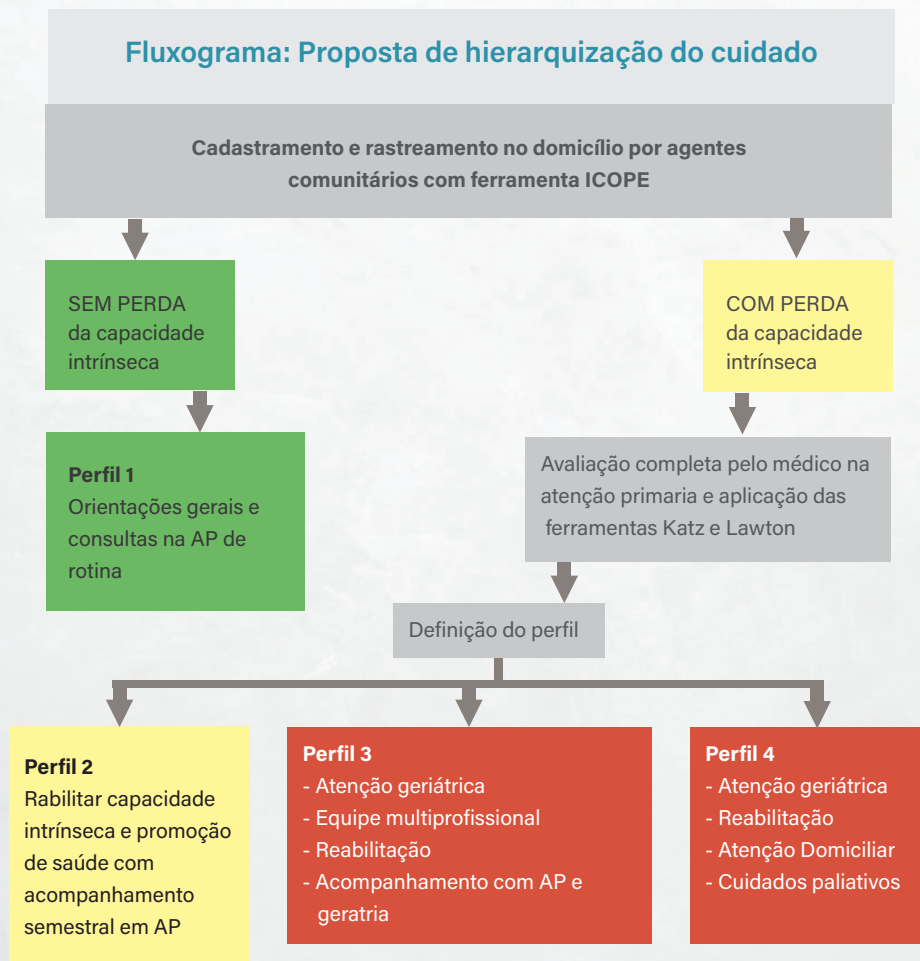
Desta forma, propõe-se um diagrama com aplicação das ferramentas de triagem ICOPE, Katz e Lawton para melhor compor os perfis de risco e indicar os projetos terapêuticos singulares.

A seguir, descreve-se uma proposta para compor a estratificação de risco:

Perfil	ICOPE (qualquer dimensão alterada)	AIVD (Lawton < 22 pontos)	ABVD (Katz < 4 pontos)
1	–	–	–
2	+	–	–
3	+	+	–
4	+	+	+

Onde:

- Perfil 1: Idosos sem perda de capacidade intrínseca e funcional;
- Perfil 2: Idosos com perda de capacidade intrínseca sem dependência para AIVD e ABVD;
- Perfil 3: Idosos com perda de capacidade intrínseca e dependência para AIVD;
- Perfil 4: Idosos com perda da capacidade intrínseca e dependência para AIVD e ABVD



Após identificação do perfil de funcionalidade deve-se elaborar um plano individual de cuidado de acordo com as necessidades de cada perfil.

PERFIL DE FUNCIONALIDADE	ESTIMATIVA DE IDOSOS NO MUNICÍPIO*	PLANO DE CUIDADO
1 e 2	16.353	Prevenção primária, secundária, terciária e quaternária**
3	4.993	Todas as prevenções acrescidas de avaliação especializada em geriatria e definição de cuidados junto a equipe multiprofissional para evitar progressão da dependência.
4	4.126	Ações citadas no perfil anterior acrescida de seguimento multiprofissional, atenção domiciliar e cuidados paliativos. Também importantes as redes intersetoriais de apoio como Assistência social, Suporte Comunitário e especialmente Serviços de Capacitação de Cuidadores.

*A estimativa obtida pela extrapolação da prevalência de idosos de acordo com a capacidade funcional do estudo da Região Metropolitana de Belo Horizonte⁹.

** Prevenção quaternária: Ações ou medidas adotadas para identificar um paciente em risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas intervenções médicas e sugerir intervenções eticamente aceitáveis¹⁰.

Para implementar a proposta, é necessário capacitar a equipe de atenção primária com foco em:

- Utilização das ferramentas ICOPE, Katz e Lawton;
- Classificação de risco com base nessas ferramentas;
- Identificação das necessidades de cuidado para cada perfil de risco;
- Hierarquização do cuidado.

Esses treinamentos podem ser coordenados pelos gestores de atenção primária e NASF.

II - NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NÃO CONTEMPLA ESPECIALISTA EM GERIATRIA E/OU GERONTOLOGIA

PROBLEMA 2	
NASF não contempla especialista em geriatria e/ou gerontologia	
Ação	Inclusão de profissionais especializados em saúde do idoso na equipe NASF.
Resultados esperados	Adequação da equipe NASF quanto a atenção à saúde do idoso.
Produtos esperados	Equipe da atenção básica qualificada na atenção integral à pessoa idosa, com garantia de suporte clínico e educacional proporcionando maior resolutividade neste nível de atenção.
Atores/responsabilidades	Gestores municipais.
Recursos necessários	Estrutural: Disponibilidade de geriatras e gerontólogos; Cognitivo: //; Financeiro: Recursos necessários para contratação de especialistas; Político: Articulação entre o Secretário de Saúde o Prefeito;
Recursos críticos/ Viabilidade	Recursos críticos: Financeiro e Político. Ator que controla: Prefeito. Motivação: Indiferente.
Ação estratégica para motivação	Apresentação do diagnóstico situacional e impacto da proposta.
Responsáveis	Gestores municipais.
Cronograma/prazo	Curto prazo – até 1 ano

PROBLEMA 2	
NASF não contempla especialista em geriatria e/ou gerontologia	
Gestão, acompanhamento e avaliação	Proporção de equipe de atenção básica capacitada em envelhecimento e saúde da pessoa idosa em relação ao número de equipes existentes na Atenção Básica. Proporção de idosos encaminhados para atenção secundária em relação ao número de idosos avaliados na atenção básica.

Apesar de não ser obrigatório pelas diretrizes do NASF, a contratação de um geriatra ou gerontologia é fundamental para aprimorar o cuidado ao idoso. Esse especialista seria responsável por oferecer treinamentos e educação contínua sobre as particularidades dos idosos, avaliar aqueles com risco, criar planos terapêuticos personalizados e melhorar a Linha de Cuidado ao Idoso na cidade. A contratação e manutenção desses profissionais especializados teriam um impacto financeiro, mas trariam benefícios sociais e políticos ao fornecer serviços diretos e indiretos à população idosa. Para determinar a necessidade deles na equipe NASF, pode-se usar as estimativas de idosos com algum grau de incapacidade verificada no diagnóstico situacional, que sugere cerca de oito mil idosos.

III - AMBULATÓRIO MEDICO DE ESPECIALIDADES (AME) NÃO CONTEMPLA ESPECIALISTAS NA ATENÇÃO AO IDOSO

PROBLEMA 3	
AME não contempla especialistas na atenção ao idoso	
Ação	Inclusão de profissionais especializados em saúde do idoso no Ambulatório Médico de Especialidades do município.
Resultados esperados	Adequação da atenção especializada para os cuidados da pessoa idosa.
Produtos esperados	Atenção à saúde dos idosos qualificada.
Atores/ responsabilidades	Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Disponibilidade de médicos geriatras; Cognitivo: //; Financeiro: Recursos necessários para contratação de geriatra; Político: Articulação entre o Secretário da Saúde, Prefeito e Secretaria Estadual de Saúde.
Recursos críticos/ Viabilidade	Político: Ator que controla: Secretário Estadual de Saúde. Motivação: Indiferente.
Ação estratégica para motivação	Apresentação do diagnóstico situacional da atenção à saúde do idoso no município.
Responsáveis	Secretário Municipal de Saúde.
Cronograma/prazo	Curto prazo – 1 ano.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Proporção de idosos com perfil 2 e 3 cadastrados na atenção primária em relação aos idosos atendidos no AME.

Em Botucatu, cidade de população idosa, a inclusão de especialistas em idosos nos AMEs seria benéfica para a garantia da linha de cuidado, especialmente para idosos com perfil de funcionalidade 3 e 4.

IV - SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NÃO IMPLANTADO

PROBLEMA 4	
Atenção Domiciliar (AD) restrita a capacidade de atendimento das equipes que compõem a Atenção Básica	
Ação	Solicitar habilitação para uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) para o município ⁴⁰ .
Resultados esperados	Conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados aos idosos.
Produtos esperados	Qualificação da atenção integral à pessoa idosa.
Atores// responsabilidades	Secretário de Saúde do Município.
Recursos necessários	Estrutural: Insumos de tecnologias em saúde e veículo; Cognitivo: Elaboração do projeto para criação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); Financeiro: Recursos necessários para a complementação do incentivo financeiro de custeio fornecido pelo MS; Político: Articulação entre o Secretário da Saúde, Prefeito e Ministério da Saúde;
Recursos críticos/ Viabilidade	Financeiro e Político. Ator que controla: Secretário da Saúde. Motivação: Indiferente.

PROBLEMA 4

Atenção Domiciliar (AD) restrita a capacidade de atendimento das equipes que compõem a Atenção Básica

Ação estratégica para motivação	Apresentação do Diagnóstico situacional da atenção à saúde do idoso do município.
Responsáveis	Secretário de Saúde do Município
Cronograma/prazo	Médio – 1 ano
Gestão, acompanhamento e avaliação	Implementação do serviço. Proporção de atendimentos pelo SAD em relação ao público a ser atendido.

A Linha de Cuidado do Ministério da Saúde destaca que a atenção domiciliar é recomendada para idosos com necessidades de assistência diária (perfil 3 e 4). Isso visa oferecer orientações, intervenções específicas e apoio aos cuidadores, com o propósito de atrasar o declínio funcional e, sempre que possível, recuperar habilidades afetadas. Especialmente para idosos dependentes (perfil 4), a atenção domiciliar é uma estratégia crucial, permitindo cuidados personalizados e alternativos que celebram as singularidades do envelhecimento.

O Ministério da Saúde oferece diretrizes e capacitação para serviços de atenção domiciliar através de repasses diretos, mas a decisão de implementar esses serviços cabe aos municípios do Brasil. De acordo com a Portaria Nº 825, de 25 de abril

de 2016, os requisitos para a habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) são:

- I. População mínima: O município deve ter uma população de pelo menos 20.000 habitantes.
- II. Hospital de referência: A presença de um hospital de referência no município ou na região é essencial para o funcionamento do SAD.
- III. Cobertura do SAMU 192: Também é necessário que haja cobertura efetiva do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), garantindo resposta rápida em situações de urgência e emergência. O município de Botucatu atende a todos esses requisitos para a habilitação do SAD.

V - UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS NÃO IMPLEMENTADA

PROBLEMA 5	
Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) não implementada	
Ação	Solicitar Habilitação de UCP a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde.
Resultados esperados	Qualificação do processo de recuperação/reabilitação após internações de idosos, especialmente com algum grau de dependência.
Produtos esperados	- Redução do tempo de internação. - Reabilitação físico funcional aprimorada. - Reinserção social facilitada. - Continuidade nos Cuidados Domiciliares

Atores/ responsabilidades	Secretário Municipal da Saúde; Prefeito; Ministério da Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Estrutura necessária para o funcionamento de um estabelecimento hospitalar; Cognitivo: //; Financeiro: Recursos necessários para complementar incentivo financeiro e custeio do MS; Político: Articulação entre o Secretário da Saúde, Prefeito, e Ministério da Saúde.
Recursos críticos/ Viabilidade	Estrutural, Financeiro e Político; Ator que controla: Ministério da Saúde; Motivação: Indiferente.
Ação estratégica para motivação	Elaboração e encaminhamento ao MS de um adequado projeto de implantação da UCP
Responsáveis	Gestores Municipais.
Cronograma/prazo	Indeterminado.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Problema de baixa governabilidade.

Cuidados Prolongados são direcionados a pacientes estáveis que necessitam de reabilitação após processos médicos, cirúrgicos ou traumatológicos. Essa abordagem busca a recuperação clínica e funcional, oferecendo avaliação e reabilitação intensiva sem internação hospitalar aguda, especialmente para idosos com declínio funcional contínuo (perfis 3 e 4). A PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012, estabelece duas formas de organização: I - Unidades de Internação

em Cuidados Prolongados (UCP), ligadas a Hospitais Gerais ou Especializados, com 15 a 25 leitos. II - Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP), com pelo menos 40 leitos dedicados exclusivamente a essa finalidade. A portaria também oferece um incentivo financeiro de investimento para expandir as UCP, até R\$ 10.000,00 por leito. Em Botucatu, a revitalização do Hospital do Bairro cria a oportunidade de instalar 15 a 20 leitos para UCP.

7

CONCLUSÃO E RESUMO EXECUTIVO

O diagnóstico situacional identificou um município com alto índice de envelhecimento e proporções mais altas de atendimentos de urgência e emergência (UE) e hospitalizações entre idosos, em comparação com atendimentos em atenção primária. Foi realizada estimativa dos números de idosos com dependência para atividades de vida por extrapolação de dados de literatura⁹ sendo observado em torno de oito mil idosos.

Na organização da atenção ao idoso no sistema de saúde do município observou-se a baixa aderência à ferramenta de classificação de risco, falta de equipes multiprofissionais com conhecimentos adequados sobre a saúde do idoso (NASF e AME), uso e infraestrutura necessários para os cuidados intermediários, que pudessem garantir uma transição segura entre a alta hospitalar e o retorno ao ambiente domiciliar. Além disso,

havia a escassez de serviços de cuidado domiciliar para idosos frágeis, conforme estipulado no Estatuto do Idoso.

A atenção primária não estava devidamente preparada para colocar em prática as recomendações da linha de atenção integral ao paciente idoso.

Foram sugeridas ações que amenizassem os problemas encontrados, especialmente a capacitação da atenção primária no planejamento do cuidado baseado em estratificação de risco, no diagnóstico multidimensional, na definição de metas terapêuticas e de intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras. Indicou-se uma estratégia de estratificação de risco através das ferramentas ICOPE, Katz e Lawton a fim de promover maior aderência a esta prática e garantir a qualificação do cuidado.

Além disso foram indicadas ações para suprir a falta de equipes especializadas na saúde do idoso e do serviço de atenção domiciliar. No entanto ressalta-se que a atenção integral à saúde das pessoas idosas é, necessariamente, intersetorial, sendo o setor saúde apenas um dos componentes da abrangente linha de cuidado.

A articulação do SUS com o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) é de extrema importância para garantir a atenção integral à saúde do idoso. Essa colaboração entre os dois sistemas permite abordar de maneira mais abrangente as necessidades complexas e multifacetadas da população idosa, promovendo um cuidado mais eficaz e abrangente. Desta forma, planos terapêuticos singulares elaborados pelas equipes da atenção básica e articulados com os serviços socioassistenciais contribuiriam para a qualificação dos da assistência.

A expansão de centros de convivência, centros dia e a implementação de leitos públicos em instituições de longa permanência para idosos poderiam contribuir para a qualidade de vida, saúde e bem-estar dos idosos, ao mesmo tempo em que aliviam a sobrecarga sobre o sistema de saúde e apoiam as famílias cuidadoras.

8. Referências:

1. 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 25 Jan 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado 13 Jun 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
3. Fundação Sistema Estadual de Análise de dados do Governo do Estado de São Paulo. SEADE [Internet]. São Paulo: SEADE; 2023 [citado 10 Fev 2023]. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/>
4. FIOCRUZ. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso) [Internet]. Rio de Janeiro: ICICT; 2011 [citado 20 Ago 2022]. Disponível em: <https://sisapidoso.iciet.fiocruz.br/>
5. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [citado 14 Jan 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
6. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185(12):914-9.
7. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
8. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. Cad Saude Publica [Internet]. 2014 [citado 10 Fev 2023];30(3):599-610. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KYZYjtvSqWXYNggB9Kyz5pk/?format=pdf&lang=pt>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. UNA-SUS cursos [Internet]. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2023 [citado 6 Mar 2023]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/busca?status=com%20oferta%20aberta&busca=&ordenacao=Relev%C3%A2ncia%20na%20busca>
10. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015 Feb 4;4(2):61-4.-

Currículo resumido dos autores

Keyth Regina Vital

É servidora pública do Hospital das Clínicas de Botucatu da Faculdade de Medicina de Botucatu, desde 1998. Atuou por 15 anos na área assistencial no Serviço de Urgência e Emergência como técnica de enfermagem. Graduiu-se em Tecnologia em Gestão Pública em 2014, no Centro Universitário Internacional. Em 2015, a convite, passou a atuar junto ao Escritório de Qualidade do HC. Em 2016, após alterações no quadro de gestores foi convidada a assumir a Coordenação Administrativa dos Prontos-socorros onde permaneceu até 2022, desenvolvendo as propostas de melhoria a essas Unidades, alinhadas aos interesses da superintendência. Em 2020, inicia o programa de mestrado profissional em Pesquisa Clínica. Atualmente, desenvolve suas atividades no Núcleo de Ensino do Departamento de Gestão de Atividades Acadêmicas – DGAA do HCFMB.

Adriana Polachini do Valle

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp (1989), mestrado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp (2001), doutorado em Fisiopatologia em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp (2009) e livre docência em Patologia Clínica pela Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp (2019). Atualmente é médica do departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp e professora associada da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Anatomia Patológica e Patologia Clínica, atuando principalmente nos seguintes temas: educação médica, tutoria, exames laboratoriais, idosos e ensino.

Paulo José Fortes Villas Boas

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos (1986), mestrado em Saúde Coletiva (2001) e doutorado em Fisiopatologia em Clínica Médica pela Unesp (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho) (2006), Livre docente (2016) em Geriatria pela mesma instituição. É voluntário da Frente Nacional de Fortalecimento das Instituições de Longa Permanência, membro da Câmara Técnica de Geriatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e da Comissão de Imunização da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Geriatria, atuando nos seguintes temas: avaliação geriátrica (capacidade funcional, fragilidade e uso de medicamentos), Instituição de Longa Permanência para Idosos e saúde baseada em evidências.

