

PREFEITURA DE PIRAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
DIVISÃO DE CUIDADO E SAÚDE DO IDOSO

PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE
PIRAQUARA

PIRAQUARA
2025

Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso no município de Piraquara

Elaboração, distribuição e informações

Prefeitura Municipal de Piraquara

CNPJ 76.105.675/0001-67

Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara

Rod. Deputado João Leopoldo Jacomel, 4675 – Jardim Primavera

Piraquara - PR

CEP: 83310-170

Prefeito Municipal de Piraquara

Marcus Maurício de Souza Tesserolli

Secretaria Municipal de Saúde

Fernanda Daher Sabatin Machado

Elaboração Técnica

Anna Carolina Batista de Moura

Carolina de Andrade Sousa

Carla Cristina Brandalize

Celline Marie Pavanin Pereira

Danielle Mayumi Shiba

Gabrielle Constantino de Oliveira

Julieanne Reid Arcain

Josiane de Freitas

Kimberly Camargo de Oliveira Morita

Marília da Luz Sauerbier

Miguel Fernandes Rodrigues de Souza

Naiana Boaventura dos Santos

Simone Pereira Resende de Souza

Thais Schultz Rolim

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAZ	Associação Brasileira de Alzheimer
ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
AGS	<i>American Geriatrics Society</i>
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AOTA	<i>American Occupational Therapy Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Centro POP	Centro de Acolhimento a População em Situação de Rua
CESP	Centro de Especialidades em Saúde de Piraquara
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
COMDIPI	Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Piraquara
COMESP	Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná
Cosems/PR	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná
Coren-SP	Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo
eMulti	Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde
FNO	Ficha de Notificação
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
GFI	<i>Groningen Frailty Indicator</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional do Idoso
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, Panssexuais, Não-binárias e mais
LME	Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos
MS	Ministério da Saúde

NUPREVI	Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunizações
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRISMA-7	<i>Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy</i>
Remume	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBIIm	Sociedade Brasileira de Imunizações
SBQ	<i>Sherbrooke Postal Questionnaire</i>
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SIPI	Sistema de Informações da Pessoa Idosa
SNPI/MMFDH	Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TER	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
TFI	<i>Tilburg Frailty Indicator</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar
VES-13	<i>Vulnerable Elders Survey-13</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	10
2. DECLÍNIO DAS OCUPAÇÕES	11
2.1 Ocupações e perdas causadas pelo envelhecimento	11
2.1.1 Atividades de Vida Diária (AVDs)	11
2.1.2 Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)	11
2.1.3 Descanso e sono	12
2.1.4 Educação	12
2.1.5 Trabalho	12
2.1.6 Lazer	13
2.1.7 Participação social	13
2.2 Perdas Comumente Associadas ao Envelhecimento	13
3. ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL DO IDOSO	14
3.2 Periodicidade da avaliação	15
3.3 Como organizar a assistência após verificar a pontuação do IVCF- 20?	16
3.4 Sistema de Informações da Pessoa Idosa	17
3.5 Cartão de Babel	17
3.6 Estratificação de Risco de Saúde Mental	17
3.7 Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	18
4. ATENDIMENTO PREFERENCIAL A IDOSOS	19
5. ACOLHIMENTO	20
5.1 Consultas	21
5.2 Consultas compartilhadas	21
5.3 Periodicidade das consultas	21
5.4 Exames	21
5.5 Visitas Domiciliares	21
5.6 Roteiro para planejamento de visita domiciliar (VD)	22
5.7 O que observar durante a visita domiciliar?	23
6. MATRICIAMENTO	24
7. AÇÕES VOLTADAS AOS IDOSOS	24
8. REGISTROS DE ACOMPANHAMENTOS	25
9. SAÚDE BUCAL	27
10. SAÚDE MENTAL	30
10.1 Desafios para o Cuidado	31
10.2 Desafios Sociais e Culturais	31

10.3	Uso de substâncias.....	31
10.4	Idosos acumuladores	32
10.5	Criação e fortalecimento de vínculos em comunidade.....	32
11.	VIOÊNCIA E NOTIFICAÇÕES	33
11.1	Sinais de alerta ao atender a pessoa idosa	33
11.2	Ficha de Notificação.....	34
11.3	Preenchimento da Ficha de Notificação.....	35
11.4	Fluxo de encaminhamento da Ficha de Notificação.....	35
11.5	Avaliação Psicossocial da Pessoa Adulta e Idosa	36
12.	GARANTIAS E DIREITOS DA PESSOA IDOSA	36
13.	PREVENÇÃO DE QUEDAS	37
14.	ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	38
15.	LAZER	40
16.	ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	40
17.	VACINAÇÃO	41
18.	ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE IDOSO.....	43
18.1	Alterações farmacocinéticas na senescência	43
18.2	Crítérios de Beers	44
18.3	Uso Racional de Medicamentos, pacientes polimedicamentosos e desprescrição de medicamentos	45
18.4	Programa Farmácia Popular	45
18.5	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Farmácia Jd. Primavera.....	46
19.	ATIVIDADE FÍSICA	48
19.1	Benefícios da atividade física para um envelhecimento saudável .	48
19.2	Recomendações de exercícios físicos para pessoas idosas	49
20.	POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA ARTICULADAS COM OUTRAS SECRETARIAS MUNICIPAIS	49
20.1	Rede de Proteção	49
20.2	Atendimento, Acolhida e Encaminhamentos da Pessoa Idosa	50
20.3	Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Piraquara...	51
20.4	Canais de denúncia	51
20.5	Educação de Jovens e Adultos.....	52
21.	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	53
21.1	Áreas da emergência.....	54
	REFERÊNCIAS.....	56
	ANEXO 1 – ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20	61
	ANEXO 2 – CARTÃO DE BABEL (frente).....	62
	ANEXO 3 – CARTÃO DE BABEL (verso)	63

ANEXO 4 – LISTA DE ATIVIDADES COLETIVAS DISPONÍVEIS PARA PESSOAS IDOSAS EM PIRAQUARA.....	64
ANEXO 5 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS ADULTAS E IDOSAS.....	65
ANEXO 6 – ELENCO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DISTRIBUÍDOS PELO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL, ATÉ ABRIL DE 2025	73
ANEXO 7 – LISTA DE FARMÁCIAS CREDENCIADAS NO PFPB EM PIRAQUARA, ATÉ DEZEMBRO/2024.....	73
APÊNDICE A – LISTA DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS EM IDOSOS	75
APÊNDICE B – LISTA DE INTERAÇÕES FÁRMACO-DOENÇA OU FÁRMACO-SÍNDROME QUE PODEM EXACERBAR A DOENÇA OU SÍNDROME	79
APÊNDICE C – LISTA DE MEDICAMENTOS PARA USO COM CAUTELA EM IDOSOS	84
APÊNDICE D – LISTA DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM POTENCIAL CLINICAMENTE IMPORTANTE QUE DEVERIAM SER EVITADAS EM IDOSOS....	85
APÊNDICE E – LISTA DE MEDICAMENTOS QUE DEVERIAM SER EVITADOS OU TER DOSE REDUZIDA PELO NÍVEL DA FUNÇÃO RENAL EM IDOSOS	87

INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como vários países, vem passando por uma transição demográfica, a qual se representa pelo envelhecimento da população. São vários os fatores que fizeram com que um indivíduo alcançasse os 60 anos ou mais e entre eles estão a redução das taxas de mortalidade e do crescimento populacional (Veras, 2009).

É importante destacar que os brasileiros estão vivendo mais tempo e que existem diferenças entre os homens e as mulheres. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019, os homens têm uma expectativa de vida de 73 anos; e as mulheres, de 80 anos. Existem diferenças, também, entre as regiões. As pessoas idosas vivem mais tempo e se encontram em maior número no Sul e no Sudeste. Na população idosa, as mulheres são a maioria, fenômeno que acontece no mundo todo. No entanto, cabe destacar que alguns estados da Região Norte do Brasil, tais como Acre, Rondônia, Roraima e Tocantins, contam com predominância de homens na população idosa (Brasil, 2023).

A saúde do idoso é um tema de crescente relevância em nossa sociedade, especialmente com o aumento da longevidade e a transformação demográfica que enfrentamos, como já citado em parágrafo anterior. A promoção de uma vida saudável na terceira idade não apenas melhora a qualidade de vida, mas também contribui para a autonomia e a dignidade dos indivíduos. Este protocolo busca explorar aspectos fundamentais da saúde do idoso, abordando questões como prevenção de doenças, cuidados multidisciplinares e a importância do suporte social, visando proporcionar um envelhecimento ativo e saudável.

O objetivo deste protocolo visa elaborar uma proposta de atendimento padronizado aos Idosos do Município de Piraquara.

Como justificativa, este protocolo de atenção à saúde do idoso do Município de Piraquara é fundamental para o aprimoramento e qualificação da atenção dispensada ao idoso na Atenção Primária em Saúde. Padroniza ações e fluxos e subsidia a ação dos profissionais de saúde.

1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é caracterizado por alterações morfofuncionais que se iniciam na fase de maturidade sexual e continuam gradativamente ao longo da vida (Souza e Rauchbach, 2004). Esta fase é caracterizada por alterações em fatores biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo (Figueiredo Júnior et al., 2022), ocorrendo de maneira gradual, universal e irreversível. Este processo pode ser influenciado por fatores do ambiente e de comportamento (Nahas, 2017).

Este período entre o nascimento e a morte, chama-se de longevidade. Quando se trata de um envelhecimento caracterizado por alterações comuns do avanço da idade, dá-se o nome de senescência. Já quando esta fase da vida é marcada por doenças e risco de mortalidade aumentado, chamamos de senilidade.

No que se refere a fatores biológicos, percebe-se alterações nos sistemas cardiovascular, respiratório, digestório, osteoarticular, músculo-esquelético e do tecido conjuntivo. A partir dos 40 anos de idade, o ser humano perde cerca de um centímetro de altura a cada década, principalmente devido à diminuição da altura vertebral; a pele fica mais fina, mais frágil e perde elasticidade; a visão pode diminuir, principalmente com objetos mais próximos, e a audição diminui progressivamente com o passar dos anos (Figueiredo Júnior et al., 2022).

O envelhecimento é condição inerente aos seres vivos. Como este processo é influenciado por vários fatores, deve-se levar em consideração questões relacionadas ao grupo ao qual pertencem estes indivíduos, território em que vivem e sua história de vida. Para os seres humanos, quando se trata de velhice estamos nos referindo ao resultado de processos de envelhecimento vividos por pessoas em contextos sociais, políticos e individuais diversos (Lima et al., 2008; Neri, 2006). Fatores como classe social, saúde, educação, contexto socioeconômico, dentre outros, são distintos entre os idosos, desta maneira, a relação entre a idade biológica e a idade funcional pode variar em até 20 anos de pessoa para pessoa, pois as condições funcionais, psicológicas e sociais ocorrem de maneira distinta entre cada um (Souza e Rauchbach, 2004).

Apesar de parte significativa dos idosos apresentarem comprometimento funcional, dependência e solidão, esta fase da vida não pode se igualar a doenças e inatividade, deve-se considerar o envelhecimento como um processo progressivo e multifatorial (Baltes e Smith, 2006).

2. DECLÍNIO DAS OCUPAÇÕES

O envelhecimento é um processo natural que traz uma série de mudanças físicas, cognitivas e emocionais, muitas das quais podem afetar o desempenho ocupacional dos indivíduos. Essas perdas são abordadas de maneira a promover a manutenção da autonomia e da qualidade de vida, respeitando as capacidades e os interesses dos idosos. As ocupações referem-se às atividades do cotidiano, como as atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária e a participação social.

2.1 Ocupações e perdas causadas pelo envelhecimento

A Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2015) definiu um quadro abrangente de ocupações que guiam a prática da terapia ocupacional, incluindo:

2.1.1 Atividades de Vida Diária (AVDs)

Englobam as tarefas fundamentais para o autocuidado, como vestir-se, alimentar-se e a higiene pessoal. Com o envelhecimento, adaptar essas atividades pode ser crucial para manter a independência.

2.1.2 Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)

São atividades que suportam a vida no lar e na comunidade, como preparar refeições, fazer compras, cuidar de animais de estimação e gerenciar finanças. O suporte nesses domínios é importante para que idosos continuem a viver de forma independente.

2.1.3 Descanso e sono

Com o envelhecimento, mudanças no ciclo do sono são comuns. Intervenções podem incluir a criação de rotinas de sono e a adaptação do ambiente para promover o descanso adequado.

2.1.4 Educação

Mesmo na velhice, o aprendizado pode continuar a ser uma parte importante da vida. Isso pode incluir a aprendizagem formal, como cursos de educação continuada, ou informal, como a aprendizagem autodirigida.

2.1.5 Trabalho

Para muitos idosos, continuar trabalhando, seja formalmente ou em projetos voluntários, pode ser uma forma de manter propósito e engajamento. Muitos são os desafios enfrentados por idosos aposentados, seja ao permanecerem no mercado de trabalho, seja ao lidarem com a perda do papel ocupacional como trabalhador. Muitos idosos que desejam continuar trabalhando após a aposentadoria enfrentam barreiras significativas, como a discriminação etária e a dificuldade de adaptação às novas exigências do mercado. A valorização da juventude em detrimento da experiência faz com que empresas relutem em contratar ou manter profissionais mais velhos, restringindo suas oportunidades e forçando muitos a recorrerem ao trabalho informal, muitas vezes sem segurança ou direitos trabalhistas. Além disso, limitações físicas e cognitivas naturais do envelhecimento podem dificultar a realização de certas atividades, tornando o ambiente de trabalho um espaço de desafios crescentes.

Por outro lado, aqueles que deixam definitivamente suas atividades profissionais podem enfrentar dificuldades para ressignificar suas rotinas e identidade. O trabalho, muitas vezes, estrutura a vida social e psicológica do indivíduo, e sua ausência pode levar a sentimentos de inutilidade, isolamento e perda de propósito. A transição abrupta da vida ativa para a aposentadoria pode gerar sofrimento emocional, especialmente para aqueles que não possuem outras ocupações que deem sentido ao dia a dia. A falta de preparo para essa fase da vida, tanto em termos psicológicos quanto financeiros, acentua ainda mais esse impacto, exigindo estratégias para lidar com essa nova realidade. Assim, seja na busca por permanecer no mercado de trabalho ou na tentativa de se adaptar à aposentadoria, os idosos enfrentam desafios que vão além das questões econômicas, refletindo na sua identidade e bem-estar social.

2.1.6 Lazer

Envolvem atividades que proporcionam prazer e diversão. Com o envelhecimento, é importante que essas ocupações sejam adaptadas para continuar a oferecer valor e propósito à vida da pessoa.

2.1.7 Participação social

Manter interações sociais é essencial para o bem-estar emocional dos idosos. É necessário ajudar a facilitar essas interações por meio de adaptações ambientais ou apoio na comunicação.

2.2 Perdas Comumente Associadas ao Envelhecimento

- **Habilidades motoras:** A força muscular, a mobilidade e o equilíbrio podem ser afetados com o envelhecimento, o que pode comprometer atividades como caminhar, levantar objetos ou manter-se independente nas atividades de vida diária (AVDs).
- **Cognição:** Declínios na memória, na atenção e nas funções executivas podem dificultar o planejamento e a execução de tarefas cotidianas. Isso pode impactar a habilidade de gerenciar medicação, realizar compras ou outras atividades que exijam organização.
- **Sensorial:** A perda de sensorial, especialmente a auditiva e visual, afeta a interação com o ambiente e a segurança durante a realização de ocupações, como dirigir ou mesmo atividades de lazer que exijam precisão visual ou auditiva.
- **Capacidades emocionais:** O envelhecimento pode estar associado a sentimentos de perda de propósito ou de conexão social, principalmente devido à aposentadoria, viuvez ou distanciamento de amigos e familiares.

3. ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL DO IDOSO

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir do *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13) e de outros

instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura, como o PRISMA-7, *Sherbrooke Postal Questionnaire* (SBQ), *Tilburg Frailty Indicator* (TFI), o *Groningen Frailty Indicator* (GFI), dentre outros. Em 2019, o IVCF-20 foi reconhecido como um dos quatro melhores instrumentos do mundo capazes de reconhecer o idoso frágil.

É um instrumento simples e de rápida aplicação, devendo ser aplicado no sistema IDS, levando de 5 a 10 minutos, e tem a vantagem de apresentar caráter multidimensional, avaliando oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos: idade, autopercepção da saúde, AVD (três AIVDs e uma ABVD), cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Cada seção é avaliada por meio de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional do idoso, como peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros.

Pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe da Atenção Primária (enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo, farmacêutico e outros), desde que devidamente capacitados e autorizados por diretrizes municipais, quando necessário.

Pode ser realizado durante a visita ou atendimento familiar, nas várias oportunidades de contato com a equipe (vacinação, renovação de receita, dispensação de medicamentos, consultas por situações agudas, atividades educacionais, dentre outras) ou em mutirões de avaliação.

Conhecer e estratificar o padrão de vulnerabilidade clínico-funcional das pessoas idosas abre oportunidade para o manejo adequado, além de possibilitar a estruturação e qualificação do cuidado em toda rede de atenção à saúde, direcionando ações, serviços e recursos de forma assertiva ao perfil de idosos da região. Além disso, também possibilita a identificação e o monitoramento da população de maior risco, que

pode definir os grupos de idosos que necessitarão de atendimento diferenciado na Unidade Básica de Saúde (UBS) e realizar o planejamento da consulta especializada do idoso.

A versão do questionário para profissionais de saúde pode ser vista no Anexo 1 e está disponível para impressão [nesse link](#).

3.2 Periodicidade da avaliação

De acordo com a condição clínico-funcional da pessoa idosa, a periodicidade da realização do IVCF-20 é alterada. A estratificação e periodicidade da avaliação, de acordo com a pontuação aferida, pode ser vista no Quadro 1.

O IVCF-20 também deve ser aplicado após eventos sentinelas, que são quaisquer situações que possam gerar um alerta, como por exemplo: quedas, internação, mudança na prescrição de medicamento, viuvez recente, etc.

Quadro 1: Classificação da pessoa idosa de acordo com o IVCF-20

Classificação	Pontuação	Risco clínico-funcional	Periodicidade
Idoso(a) ROBUSTO	0 a 6 pontos	Idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional ou ausência de declínio funcional	Anualmente ou quando houver evento sentinela
Idoso(a) POTENCIALMENTE FRÁGIL	7 a 14 pontos	Idosos com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional ou possível declínio funcional;	Semestralmente ou quando houver evento sentinela
Idoso(a) FRÁGIL	15 pontos	Idosos com alto risco de vulnerabilidade clínico funcional.	Semestralmente ou quando houver evento sentinela

3.3 Como organizar a assistência após verificar a pontuação do IVCF-20?

- **Idoso(a) ROBUSTO:**

Plano de cuidado elaborado e implementado pela APS. Na presença de condições crônicas, o manejo deve seguir diretrizes clínicas específicas.

- **Idoso(a) POTENCIALMENTE FRÁGIL:**

Suspeita de incapacidade cognitiva: aprofundar investigação através da aplicação de testes citados nos itens 3.4, 3.5 e 3.6;

Presença de instabilidade postural ou quedas de repetição: compartilhar o cuidado com equipe especializada, especialmente se o idoso pontuou nas duas questões referentes a marcha;

Presença de sarcopenia: compartilhar o cuidado com equipe especializada caso o idoso tenha pontuado em qualquer uma das quatro perguntas referentes à capacidade aeróbica e/ou muscular;

Suspeita de prescrição inapropriada: compartilhar o cuidado com equipe especializada. Idosos com polifarmácia (uso diário de 5 ou mais medicamentos diários) apresentam alto risco de uso de medicamentos potencialmente inapropriados, representando o principal sinal de alerta para declínio funcional, internação hospitalar e óbito;

Presença de insuficiência sociofamiliar: identificar fatores que possam comprometer o suporte familiar e/ou social e compartilhar o cuidado com a equipe especializada.

- **Idoso(a) FRÁGIL**

Os idosos de risco frágil podem ser encaminhados e acompanhados por equipe multiprofissional seja na Atenção Primária à Saúde e serviços especializados que incluem Nutricionista, psicólogos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, COMESP, SAD e CESP.

3.4 Sistema de Informações da Pessoa Idosa

O Sistema de Informações da Pessoa Idosa (SIPI) é uma ferramenta do Estado do Paraná que permite monitorar a saúde do idoso. Criado pela Secretaria de Estado da Saúde, tem como objetivo a inserção de dados do IVCF-20. Temos um detalhamento de como funciona esta ferramenta conforme **POP DSPI 02**, na qual consiste na avaliação do IVCF-20 de forma online.

3.5 Cartão de Babel

O cartão de Babel é um instrumento de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos para depressão, uso nocivo de álcool, dependência ao tabaco, avaliação de risco de suicídio, avaliação das funções cognitivas (mini-mental), além de roteiros para o exame do estado mental e para discussão de casos no apoio matricial (GONÇALVES, D.A. et al., 2009). Ele pode ser visto conforme Anexos 2 e 3 e está disponível para impressão [neste link](#).

3.6 Estratificação de Risco de Saúde Mental

Construído em 2014 e revisado em 2020, a partir de contribuições do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (Cosems/PR), das Regionais de Saúde e dos municípios, este instrumento tem como objetivo qualificar o compartilhamento do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Média Complexidade, considerando que pessoas com a mesma condição de saúde podem necessitar de cuidados diferentes.

O instrumento caracteriza-se como uma avaliação do impacto da condição de saúde mental na vida do usuário, sem fins de diagnóstico psiquiátrico. Deve ser respondido pelo profissional após o atendimento do usuário, com base nas informações coletadas através da anamnese, observação, histórico de atendimentos anteriores (incluindo atendimentos domiciliares) e discussões de caso, entre outros. Não se trata de um questionário e, portanto, não deve ser solicitado ao profissional que pergunte item por item ao usuário.

3.7 Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

É um questionário composto por 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não), a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana, com o objetivo de verificar a possível presença de quadro depressivo. Esta escala não substitui uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental, sendo uma ferramenta útil para avaliação rápida e para facilitar a identificação da depressão em idosos. A cada resposta afirmativa, soma-se 1 ponto. As perguntas não podem ser alteradas e devem ser feitas exatamente como estão no instrumento. O questionário está disponível no Quadro 2 e seus resultados estão no Quadro 3.

Quadro 2: Questionário da Escala de Depressão Geriátrica

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	Sim ()	Não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim ()	Não ()
3. Acha sua vida vazia?	Sim ()	Não ()
4. Aborrece-se com frequência?	Sim ()	Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim ()	Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8. Sente-se desamparado com frequência?	Sim ()	Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim ()	Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória do que outras pessoas?	Sim ()	Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12. Sente-se inútil?	Sim ()	Não ()

Quadro 3: Avaliação dos resultados obtidos no GDS

Pontuação	Resultado
-----------	-----------

Entre 0 e 5 pontos	Considerado normal
Entre 6 e 10 pontos	Indica depressão leve
Entre 11 e 15 pontos	Indica depressão severa

4. ATENDIMENTO PREFERENCIAL A IDOSOS

O Estatuto da Pessoa Idosa, descrito na Lei nº 10.741/2003, garante, entre outros benefícios, o acesso, a proteção e a prioridade em diversos serviços para pessoas maiores de 60 anos de idade.

O que poucas pessoas sabem é que a Lei nº 13.466/2017 inclui no texto do Estatuto a garantia de prioridade máxima aos cidadãos com mais de 80 anos em relação aos demais idosos. A chamada Prioridade Especial é um benefício garantido pela legislação vigente e incorporada em todas as ações da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (SNPI/MMFDH).

Entre as prioridades asseguradas aos idosos previstas no documento, merecem destaque o atendimento preferencial em órgãos públicos e privados; em bancos; nos programas do governo para habitação (aquisição de imóveis); em procedimentos de embarque e desembarque em meios de transporte (aviões, ônibus e navios), e no acesso à justiça (tramitação de processos judiciais e administrativos). Assim, com a efetiva validade do atendimento prioritário, idosos a partir dos 80 anos têm preferência nessas situações, exceto em casos de emergência.

O que diz respeito sobre o atendimento preferencial em serviços de saúde o Estatuto do Idoso garante atendimento preferencial às pessoas com 60 anos ou mais, e é assegurada prioridade especial às pessoas com mais de 80 anos, inclusive, sobre o público 60+ (Brasil, 2017).

5. ACOLHIMENTO

O acolhimento é um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo entendido como a necessidade de humanizar o atendimento e a recepção do

usuário no sistema de saúde com vistas à promoção de solução dos casos através de uma escuta qualificada e responsável, reconhecendo o usuário como sujeito central na promoção da saúde (Brasil, 2017).

O acolhimento é a porta de entrada na Unidade Básica de Saúde (UBS) e caracteriza-se por uma escuta qualificada às demandas dos usuários e de suas famílias, com a finalidade de identificar necessidades, criar vínculo, reconhecer fatores de risco, encaminhar para atendimentos de urgência, marcar consultas individuais ou em grupos e fornecer insumos, vacinas ou outras intervenções simples quando necessárias, mesmo que não requisitadas.

O profissional que acolhe deve ter clareza das ofertas existentes na Unidade e autonomia de fluxo dentro dela. O acolhimento não deve se restringir a uma sala em seu aspecto físico ou atender as demandas de acolhimento apenas em um horário determinado. Ele implica uma mudança de postura de todos os profissionais das UBS e deve ser realizado diariamente em todo o período que compreenda o horário de funcionamento da UBS.

Durante a escuta qualificada é fundamental que se garanta a privacidade do usuário e de sua família. O importante é que haja profissional sensibilizado e disponível de modo que o acesso ao usuário na UBS seja uma janela de oportunidade para sua inserção no Sistema de Saúde. É importante a preocupação em não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade.

Na perspectiva de implementação da Política Nacional de Humanização, a publicação “Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde”, define o acolhimento como uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. É a recepção do usuário desde sua chegada à unidade de saúde, com responsabilidade integral sobre ele, e inclui: ouvir queixas, permitir que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, fazer a articulação de outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (Coren-SP, 2022).

5.1 Consultas

Durante o agendamento de consultas para o idoso, deve-se reservar 30 minutos para a duração de cada consulta, independente do profissional a atendê-lo. O número de vagas destinadas aos idosos dependerá da demanda a esse público na unidade.

5.2 Consultas compartilhadas

A consulta compartilhada apresenta-se como um instrumento de trabalho que propicia uma comunicação transversal na equipe e entre equipes, favorecendo a troca de saberes, o cuidado compartilhado e uma melhor qualidade do cuidado integral do paciente exercendo uma clínica ampliada com intuito a integrar várias abordagens que possibilitem maior eficiência no trabalho multiprofissional.

5.3 Periodicidade das consultas

A avaliação multidimensional do idoso deve ser realizada anualmente. Todo idoso deve ser avaliado no mínimo uma vez ao ano pelo médico e cirurgião-dentista da atenção primária. O idoso com agravo crônico deverá passar por uma consulta a cada seis meses ou em intervalos menores dependendo do caso.

5.4 Exames

Os exames estão descritos Conforme Protocolo Municipal e de acordo com avaliação médica.

5.5 Visitas Domiciliares

A equipe de atenção primária realiza várias ações no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Nesses momentos a equipe consegue identificar pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a UBS e que apresentam agravo que demandem acompanhamento permanente ou por período limitado.

A solicitação para a inclusão de pacientes na atenção domiciliar tem origem de: hospitais, UBS, unidades de pronto atendimento, especialidades e referências

(ambulatórios, consultórios), SAMU, requerimento (demandas judiciais), ou por iniciativa e necessidade do paciente, familiares e vizinhos. Após o contato será realizado uma classificação do paciente, e será acordado com paciente/cuidador como serão realizadas as visitas.

5.6 Roteiro para planejamento de visita domiciliar (VD)

Passo 1: Avaliar a resolatividade da VD – A VD tem potencial para solucionar a demanda do usuário?

Passo 2: Avaliar a razoabilidade da VD – A VD é a melhor alternativa?

Passo 3: Aderência do usuário e sua família ao acompanhamento (engajamento e corresponsabilização).

Passo 4: Autorização/consentimento do usuário e da família, que deverá ser descrito no registro da primeira VD

Passo 5: Análise da infraestrutura domiciliar: avaliação em acordo com a análise de caso, classificação da complexidade e determinação do plano de cuidados.

Passo 6: Definir o(s) usuários que receberá(ão) a visita, revisar o caso e estabelecer o objetivo principal dessa VD;

Passo 7: Certificar a disponibilidade do veículo para o dia programado e organizar o material necessário;

Passo 8: Pactuar quais profissionais participarão da VD conforme a necessidade do caso;

Passo 9: Fazer contato telefônico prévio com usuário ou familiar para comunicar o dia programado para a visita e avaliar a disponibilidade e aceitação do mesmo.

Passo 10: Após a visita, fazer as anotações nos sistemas de informação (IDS), e encaminhamentos necessários, etc...

Passo 11: Se necessário, discutir o caso com equipe, acionar rede intrasetorial e intersetorial (CAPS, CRAS, CREAS, etc.);

Passo 12: Organizar entrega de receita, coleta de exames e programar próxima visita de rotina e/ou outros meios de reavaliação do caso, VD breve por outro profissional, etc)

5.7 O que observar durante a visita domiciliar?

- Observar o entorno da casa a ser visitada, vizinhos, escolas, praças, bares e outros equipamentos sociais;
- Observar a iluminação da área, a existência de calçamento/asfalto, coleta de lixo, saneamento básico, terrenos baldios e acúmulo de lixo;
- Observar a existência de grades, cercas elétricas e câmeras nas casas ao entorno da área, verificando o grau de insegurança das pessoas que ali residem;
- Observar as relações familiares, sua dinâmica, as manifestações de afeto e de atrito, a distribuição de poder entre os membros e padrão de comunicação estabelecido (dinâmica familiar);
- Olhar atento ao ambiente, condições de limpeza, iluminação e organização dos espaços;
- Presença ou não de obstáculos, tapetes, vasos, móveis que possam predispor a queda;
- Em caso de idosos observar a disposição de materiais de limpeza, tomadas, medicações, escadas, janelas, piscinas e reservatórios sem proteção;
- Observar e perguntar sobre o uso de medicamentos, seu armazenamento, automedicação e dúvidas relacionadas a prescrição;
- Observar o uso de fitoterápicos e automedicação em idosos, como citado em item farmacologia deste protocolo;
- Observar a presença de possíveis criadouros para insetos, aranhas e escorpiões;

- Observar a presença e a postura dos cuidadores sejam eles formais ou informais;

6. MATRICIAMENTO

As Equipes de Saúde da Família também contam com o Apoio Matricial das especialidades que não compõem a equipe mínima como médicos especialistas, psicólogos, nutricionistas, entre outros visando à ampliação da resolutividade de suas ações. Este apoio é realizado, dentre outras formas, por meio das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti); e de recursos tecnológicos, como a telemedicina, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Redes de Proteção e outras secretarias.

Cabe às Equipes de Saúde da Família promover a integração e a articulação, para a discussão de projetos terapêuticos e planejamento de ações, com os profissionais que realizam o Apoio Matricial.

O matriciamento tem como objetivo geral ampliar conhecimentos em saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde, possibilitar a integração dialogada entre os profissionais multiprofissionais e os profissionais que gerenciam o cuidado (equipe de referência) e proporcionar maior eficácia e eficiência na atenção ao idoso no Município de Piraquara, sendo uma metodologia de trabalho complementar aos sistemas de referência e contrarreferência.

Equipes de Saúde da Família, eMulti, CAPS, SAD, CESP devem esclarecer dúvidas e discutir casos pertinentes.

7. AÇÕES VOLTADAS AOS IDOSOS

Para desenvolver ações efetivas voltadas para a população idosa é necessário saber quantos idosos vivem no território de abrangência e entender suas diferentes necessidades. Uma maneira de planejar o cuidado a partir dessas necessidades e classificar as pessoas idosas de acordo com sua capacidade funcional e os cuidados de que necessitam. Esses critérios podem ser identificados durante as visitas domiciliares e nas avaliações propostas na Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa, um

instrumento desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) para acompanhar de forma contínua as condições de saúde da população idosa no Sistema Único de Saúde (SUS).

No Município de Piraquara existem diversas ações, tais como: Grupo de atividades físicas e práticas corporais Caminhando e Contando, grupo de hipertensos e diabéticos, Terapia Comunitária Integrativa, mutirão do idoso, grupo bem estar, algumas ações são ofertadas diretamente aos idosos já outras também para um público em geral. As atividades disponíveis, com locais, dias da semana que ocorrem e horário, podem ser consultados no Anexo 4.

8. REGISTROS DE ACOMPANHAMENTOS

Estes registros podem incluir diversos aspectos, dependendo das necessidades do idoso, como condições médicas, terapias, assistência social, cuidados psicológicos e atividades diárias. Os registros de acompanhamento devem ser realizados pelo sistema de gestão de prontuários vigente e devem conter as seguintes informações:

1. Informações Pessoais do Idoso

- Nome completo.
- Data de nascimento.
- Endereço e contatos.
- Nome e contato dos familiares ou responsáveis.

2. Histórico Médico

- Doenças pré-existentes (ex.: hipertensão, diabetes, Alzheimer).
- Medicações em uso (incluindo dosagens e horários).
- Se necessita de suporte para utilização das medicações.
- Alergias e reações adversas a medicamentos.
- Histórico de hospitalizações e intervenções cirúrgicas.

3. Estado de Saúde Atual

- Pressão arterial.

- Temperatura corporal.
- Frequência cardíaca e respiratória.
- Níveis de glicose (para diabéticos).
- Peso e altura.
- Capacidade de locomoção (andando sozinho, uso de cadeira de rodas, etc.).
- Capacidade de alimentação (autossuficiente, assistência necessária).

4. Cuidados e Terapias

- Exames realizados (laboratoriais, de imagem, etc.).
- Consultas médicas (médico geriatra, cardiologista, fisioterapeuta, etc.).
- Reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia).
- Cuidados de enfermagem (curativos, administração de medicamentos, controle de dor).
- Atividades de lazer e estimulação cognitiva (leitura, jogos, músicas).

5. Aspectos Psicológicos e Emocionais

- Avaliação emocional (humor, sinais de depressão ou ansiedade).
- Interações sociais (relacionamento com familiares e amigos).
- Apoio psicológico (caso seja necessário).

6. Atividades Diárias e Rotina

- Higiene pessoal (banho, escovação de dentes).
- Alimentação (qualidade da dieta, se o idoso tem alguma restrição alimentar).
- Sono (quantidade e qualidade do sono).
- Atividades de lazer e recreação (atividades cognitivas, caminhadas, lazer).

- Assistência em tarefas domésticas (caso o idoso não tenha autonomia).

7. Conduta de Prevenção

- Vacinação (se as vacinas estão em dia).
- Cuidados com a pele (prevenção de escaras, higiene).
- Prevenção de quedas (uso de dispositivos de segurança, orientação sobre riscos de quedas).
- Monitoramento de riscos (como queda de pressão arterial, risco de infecções urinárias, etc.).

8. Observações Gerais

- Mudanças no comportamento (irritabilidade, confusão, desorientação).
- Sinais de dor ou desconforto.
- Mudanças no apetite ou nos hábitos alimentares.
- Eventos importantes (visitas de familiares, mudanças na rotina, aniversários).

9. Planos e Ações Futuras

- Plano de cuidados (atualização de medicações, encaminhamentos a especialistas).
- Próximos exames e consultas.
- Planejamento para o cuidado a longo prazo (assistência domiciliar, casa de repouso).

Esses registros podem ser feitos por enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos ou outros profissionais que acompanham o idoso. Além disso, muitas vezes, é útil que a própria família ou cuidadores também contribuam, principalmente em casos de cuidados domiciliares.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é preenchida no momento da realização da visita domiciliar, onde haja um morador com 60 anos ou mais de idade,

ou na unidade de saúde quando a pessoa for consultar. A caderneta deve ser preenchida com todos os dados possíveis.

9. SAÚDE BUCAL

O idoso requer uma avaliação global, que frequentemente envolve a atenção de diversas especialidades, não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas a respostas inadequadas às drogas específicas. A promoção de saúde bucal em idosos busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da autoestima, melhorando a mastigação, estética e a possibilidade de comunicação. O envolvimento familiar, ou de cuidadores, e a interação multidisciplinar com a Equipe de Saúde fazem parte do processo de atenção em saúde bucal do idoso.

A maioria dos medicamentos têm efeitos colaterais na cavidade bucal (por exemplo, gosto metálico, falta de paladar e xerostomia), por isso é necessária interação da Equipe de Saúde para discutir a revisão das prescrições. Nos exames clínicos, é importante observar lesões preexistentes, pois podem ser sinais primários de câncer, cujo sucesso do tratamento dependerá da precocidade do diagnóstico. As condições bucais relevantes mais comuns são: cárie de raiz, xerostomia, lesões de tecidos moles, doença periodontal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de higienização, dificuldade de mastigação e deglutição, necessidade de prótese ou uso de prótese mal adaptada. Deve ser realizado um exame criterioso para detecção destas condições e seus fatores determinantes.

A perda dos elementos dentais traz consequências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a auto-estima, podendo acarretar a necessidade de uso de dieta pastosa.

Durante as consultas orientar o paciente idoso sobre a higiene bucal, escovação com dentifrício fluoretado e uso do fio dental. Avaliar a coordenação motora para realização do controle de placa e desenvolver, junto ao usuário, uma técnica adequada, até mesmo individualizada.

Quando necessário, solicitar ajuda de familiares ou cuidadores no processo de higienização. Promover a alimentação saudável, orientando sobre a dieta, pois o edentulismo pode contribuir para uma dieta inadequada (alimentos pastosos ou líquidos geralmente ricos em carboidratos e pobres em fibras e vitaminas).

Lembrar que uma alimentação rica em sacarose é fator de risco para desenvolvimento de cárie e outras doenças. Buscar conhecer os hábitos alimentares dos usuários para, dentro das possibilidades, construir uma proposta de alimentação menos cariogênica.

A halitose é um sintoma comum relatado pelo idoso. Seu tratamento requer abordagem multidisciplinar, sendo as principais causas relacionadas aos hábitos alimentares, xerostomia e má higiene bucal. A saburra lingual (placa esbranquiçada no dorso da língua) é também causa de halitose. A limpeza da língua pode ser feita com gaze embebida em solução, escovação ou raspadores de língua sempre de modo delicado para não provocar náuseas.

A falta de saliva, xerostomia, é uma queixa comum entre os idosos. Além de manifestação comum ao envelhecimento normal, pode ser causada por medicamentos, falta de ingestão de líquidos, estresse e tratamento com radiação. A xerostomia causa maior risco à cárie dentária, incômodo no uso da prótese, perda do paladar, mau hálito, lábios ressecados e dificuldades na mastigação, deglutição e fala. Em geral, o tratamento da “boca seca” é paliativo. Neste caso, são importantes as recomendações para aumentar a produção de saliva por meio de estímulo à mastigação (uso de gomas de mascar ou balas sem açúcar pode ser eficiente), aumento do consumo de água (muitas pessoas não tomam água em quantidade adequada), lubrificantes de lábios e aconselhamento profissional sobre a dieta. A aplicação tópica de flúor pode ser indicada de acordo com o risco de cárie.

Os usuários que utilizam prótese devem ser orientados quanto à higienização e a importância do autoexame e avaliação profissional periódica da prótese. Ressaltar ao paciente que ao perceber alteração de cor e/ou textura na mucosa deve-se buscar atenção profissional. O profissional deve observar a funcionalidade, estética e conforto das próteses para indicar a troca das mesmas. Sempre que possível, o paciente deve dormir sem as próteses.

Há uma crença de que usuários portadores de prótese total não necessitam de acompanhamento da Equipe Saúde Bucal, bem como existe uma visão fatalista de que o idoso perde os dentes com a idade. Estes estigmas devem ser combatidos por meio de práticas de prevenção, tratamento odontológico, e promoção do autocuidado em saúde bucal. Nesta faixa etária são frequentes os distúrbios de audição, visão, déficit da memória e confusão mental.

A abordagem deve ser feita centrada no idoso, dirigindo-se a ele, ouvindo e respeitando suas colocações. Os profissionais devem buscar desenvolver a confiança, diminuindo a ansiedade e permitindo um plano de tratamento de acordo com as necessidades pessoais. Às vezes é necessário recorrer ao acompanhante para obter informações. É possível manter íntegros os dentes durante o envelhecimento. Para tanto, é necessário que a prevenção seja traduzida em atitudes e práticas durante toda a vida.

10. SAÚDE MENTAL

No Brasil, o contexto da saúde mental da população idosa é cada vez mais preocupante, especialmente devido ao rápido envelhecimento da população. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a quantidade de pessoas com 60 anos ou mais deve quase dobrar até 2050. Este aumento significativo traz desafios importantes para o sistema de saúde, particularmente na área da saúde mental.

Estima-se que cerca de 12% a 15% da população idosa no Brasil sofra de depressão, uma das condições mais prevalentes nessa faixa etária. A depressão é frequentemente subdiagnosticada e subtratada em idosos, em parte devido ao estigma associado à saúde mental e à falta de acesso adequado a serviços especializados. O idoso com depressão tende a apresentar desinteresse por atividades significativas e atividades da vida diária, perda de energia, dificuldades cognitivas, distúrbios do sono, baixa autoestima, mudanças no apetite e diminuição do interesse sexual. A ansiedade também é comum, especialmente em idosos que enfrentam perdas significativas, como a perda de entes queridos, limitações físicas ou isolamento social. Outro aspecto

importante é a demência, que afeta mais de 1 milhão de brasileiros, sendo a doença de Alzheimer a principal causa.

Calcula-se que mais de 1 milhão de brasileiros vivem com demência, sendo a maioria dos casos relacionados à doença de Alzheimer. Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz), 70% dos casos de demência no Brasil estão relacionados ao Alzheimer. Esse número tende a aumentar à medida que a população envelhece. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida no Brasil tem aumentado, o que reflete diretamente no crescimento de casos de demência.

10.1 Desafios para o Cuidado

O diagnóstico muitas vezes ocorre em estágios avançados, quando os sintomas já estão bastante severos. Isso se deve em parte à falta de conscientização sobre os sinais precoces da doença e à dificuldade de acesso aos serviços especializados.

Além disso, a sobrecarga sobre os cuidadores, que são frequentemente membros da família, é um problema crítico. Muitos cuidadores não têm suporte adequado, tanto financeiro quanto emocional, para lidar com as exigências do cuidado contínuo, o que pode resultar em estresse significativo e, em alguns casos, na negligência do idoso.

10.2 Desafios Sociais e Culturais

No Brasil, o envelhecimento é frequentemente acompanhado por isolamento social, o que agrava as condições de saúde mental. A família, que tradicionalmente tem um papel central no cuidado dos idosos, muitas vezes não consegue fornecer suporte adequado devido às mudanças nas dinâmicas familiares e às pressões econômicas. O abandono afetivo e a falta de redes de apoio social contribuem para o aumento dos casos de depressão e ansiedade.

A pandemia de COVID-19 também teve um impacto profundo na saúde mental dos idosos brasileiros, que foram um dos grupos mais afetados pelas medidas de

distanciamento social. O isolamento prolongado aumentou significativamente os sentimentos de solidão, além de dificultar o acesso a cuidados médicos e psicológicos.

10.3 Uso de substâncias

Assim como em outros países, o uso de substâncias entre idosos brasileiros também é uma preocupação crescente. O consumo de álcool é prevalente, e muitos idosos enfrentam dificuldades em buscar tratamento por questões de estigma ou pela falta de serviços especializados voltados para essa faixa etária. Dados recentes indicam que o uso inadequado de medicamentos, como os opioides, também é uma preocupação emergente, exigindo maior atenção.

10.4 Idosos acumuladores

A acumulação é definida como a aquisição e a incapacidade de descartar itens (animais, objetos) mesmo que pareçam não ter valor, podendo ser considerada, a depender do caso, um transtorno mental com início, muitas vezes, na juventude.

Há muitos relatos de casos de idosos acumuladores compulsivos, sendo a acumulação perigosa para as pessoas mais velhas, podendo agravar com as limitações físicas e cognitivas.

Possíveis consequências incluem o aumento do risco de acidentes, como quedas, incêndios, contaminação de alimentos, isolamento social e baixa adesão ao uso medicamentos, entre outros.

10.5 Criação e fortalecimento de vínculos em comunidade

O termo “participação social” é definido de diferentes formas a depender da origem do campo analisado. Na saúde e na sociologia, é descrito como a participação do indivíduo em processos decisórios organizados por instituições políticas. Emprestando conceitos da Terapia Ocupacional, Psicologia e Sociologia, podemos nos basear que a participação social é a ação da interação humana com outros indivíduos. Sendo assim, tal terminologia pode significar a emancipação e desenvolvimento, tanto individual quanto coletivo.

A promoção da participação social em intervenções destinadas no cuidado em saúde visa a transformação do cotidiano, desenvolvimento da autonomia, bem-estar e independência; exercício da cidadania e acesso aos direitos civis (bem como serviços destinados a esse propósito), favorecimento de processos de desinstitucionalização, fortalecimento de relações sociais e de redes de suporte. Tal ação pode ser vista como o resultado do envolvimento do usuário em grupos e espaços públicos com a finalidade de corroborar na mudança do cotidiano e condições de vida fragilizadas por violência, sofrimento mental, injustiças sociais e ocupacionais relacionadas a preconceitos e processos de exclusão, segregação e opressão.

É necessário compreender que o envolvimento em comunidade fornece sentido coletivo ao termo “participação”. A AOTA (2015) descreve o termo como uma das ocupações que estruturam o cotidiano de sujeitos, bem como as atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, educação, brincar, lazer, trabalho e sono e descanso. A importância da junção de ambos os termos é expressa pelas terapeutas ocupacionais Silva e Oliver (2019), ao abordarem a participação social como “ocupação que mostra um estilo de vida individual e coletivo constituída num contexto cultural e histórico”.

Sendo assim, a criação e o fortalecimento de vínculos da população idosa estão diretamente relacionados à promoção do envelhecimento ativo, visando à preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo idoso.

Para garantir a promoção do envelhecimento ativo dessa população, lançamos mão de equipamentos de assistência ao idoso do município de Piraquara, como:

- Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), localizados na rua Francisco Leal, 530 (Centro) e Avenida das Orquídeas, 730 (Guarituba);
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), localizado na rua Nova Tirol, 1350 (São Tiago);
- Unidade de acolhimento para adultos e famílias do Centro de Acolhimento a População em Situação de Rua (Centro POP), localizada na rua Frei Nicodemos Grundhof, 562 (Jardim Esmeralda).

11. VIOLÊNCIA E NOTIFICAÇÕES

11.1 Sinais de alerta ao atender a pessoa idosa

Todo profissional ao atender uma pessoa idosa que se suspeita ser vítima de violência deve atentar aos sinais de alerta:

- **Lesões Físicas Inexplicadas:** Contusões, fraturas, queimaduras ou outros tipos de lesões que não têm uma explicação lógica ou coerente.
- **Mudanças de Comportamento:** Alterações súbitas no comportamento, como retraimento social, ansiedade, depressão, agressividade inexplicável ou isolamento.
- **Negligência:** Condições de higiene inadequadas, falta de cuidados médicos, desnutrição ou desidratação, indicando possível negligência.
- **Alterações Financeiras:** Desaparecimento inexplicado de dinheiro, mudanças nos padrões de gastos ou transferências bancárias suspeitas.
- **Medo ou Ansiedade em Relação a Cuidadores:** Expressão de medo, ansiedade ou relutância em relação a determinadas pessoas, especialmente cuidadores ou familiares.
- **Alterações nos Padrões de Sono ou Alimentação:** Insônia, pesadelos, perda de apetite ou ganho de peso inexplicado.
- **Isolamento Social:** A pessoa idosa deixa de participar de atividades sociais que antes eram apreciadas, indicando possível controle ou isolamento por parte do agressor.
- **Relutância em Falar sobre o Assunto:** Resistência em discutir suas condições de vida, saúde ou relacionamentos, especialmente quando questionada sobre possíveis maus-tratos.
- **Desconfiança ou Receio:** Manifestação de desconfiança ou receio ao abordar temas relacionados a sua segurança e bem-estar.

- **Marcas de Restrição:** Marcas de cordas, algemas ou outros dispositivos de restrição nas extremidades podem indicar violência física.

11.2 Ficha de Notificação

O instrumento de coleta de dados de violência utilizado é a *Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada*, disponível em todos os estabelecimentos de saúde. É do Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz (NUPREVI) a responsabilidade de registrar, analisar e realizar o devido encaminhamentos, conforme prevê os protocolos no âmbito da saúde.

A ficha de notificação deve ser preenchida de forma compulsória conforme Portaria nº 1.271/2014 sobre a ocorrência de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar¹ identificado pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados; e encaminhado à autoridade de saúde (NUPREVI).

No caso de violência extrafamiliar/comunitária², serão objetos de notificação às violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBTQIAPN+.

11.3 Preenchimento da Ficha de Notificação

Ao realizar a ficha de notificação deve-se atentar ao preenchimento de todos os campos de maneira fidedigna e na ausência da informação utilizar a opção: 9- Ignorado.

Lembrando que no campo "Observações adicionais", que fica no verso da ficha, deve constar um breve resumo da situação de violência identificada, caso o espaço para descrição da demanda não for suficiente pode ser feito em folha separada e anexada junto.

¹ Violência doméstica/intrafamiliar é a que "ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente" (MINAYO, 2006).

² Violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos, praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens, e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e do sistema de justiça: polícias, Ministério Público e Poder Judiciário.

Ressalta-se que nos casos de tentativa de suicídio e violência sexual a notificação deve ser feita ao NUPREVI em até 24 horas após o atendimento, assim como nos casos de ideação suicida não são notificados como violência.

Atenção: caso um evento violento envolver mais de uma vítima, para cada uma das vítimas deverá ser preenchida uma ficha de notificação individual.

11.4 Fluxo de encaminhamento da Ficha de Notificação

Ao identificar uma suspeita e/ou confirmação de violência, todo o profissional deve preencher a Ficha de Notificação (FNO), todos os campos e no campo "Observações adicionais" incluir um breve relato do que foi evidenciado da situação de violência a pessoa idosa e encaminhar ao NUPREVI.

Ao criar o 1DOC de acompanhamento da situação de violência devem ser adicionados às Unidades/Instituições pertinentes ao acompanhamento e discussão do caso do usuário (UBS de referência, Saúde do Idoso, Proteção Social Básica – casos de vulnerabilidade, Proteção Social Especial – casos de risco, NUPREVI, etc.).

Ao preencher Ficha de Notificação, ela deve ser e enviada *tanto de forma física*, por malote ao NUPREVI, *quanto em anexo, via sistema de informação (1DOC) ao DVS-NUPREVI*, estando no título do DOC o nome do usuário e sua data de nascimento.

11.5 Avaliação Psicossocial da Pessoa Adulta e Idosa

Destacamos que, após os atendimentos em rede, havendo a necessidade em avaliação para o encaminhamento desse público para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), utilizamos o Instrumental *FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS ADULTAS E IDOSAS* (disponível no Anexo 5), que avalia em duas partes, sendo a 01 (um) responsabilidade da Assistência Social e a 02 (dois), responsabilidade da Saúde, qual a melhor intervenção que atenda às necessidades apontadas no instrumental. O instrumental mencionado deverá ser anexado e movimentado no 1DOC já tramitado de acompanhamento do usuário.

12. GARANTIAS E DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Os direitos fundamentais podem ser definidos como o conjunto de direitos e garantias de toda pessoa, visando garantir o respeito à vida, à liberdade, à igualdade e à dignidade, para o pleno desenvolvimento do ser humano.

A Constituição Federal de 1988, assegura que o Brasil deve garantir o bem de todos, sem preconceitos, inclusive em razão da idade (art. 3º, IV) e que é dever da família, da sociedade e do Estado amparar as pessoas idosas, assegurar a sua participação da comunidade, garantir o direito à vida e defender a sua dignidade e bem-estar (Art. 230). Outro marco histórico que possibilita a garantia dos direitos da pessoa idosa é o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10.741/03 e Lei 14.423/2022) e também na Política Nacional do Idoso (Lei Federal nº 8.842/1994).

Os direitos garantidos à pessoa idosa são: direito à liberdade, ao respeito e a dignidade; direito à saúde, trabalho e cultura; direito à educação, esporte e lazer; direito à habitação e urbanismo; direito à assistência social; direito ao transporte, e direito à justiça e segurança pública.

Em caso de suspeita e/ou violência à pessoa idosa, deve-se além de preencher a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, pode-se articular o caso em rede de proteção com os equipamentos intersetoriais sendo eles: Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Ministério Público, Defensoria Pública, e outros que se fizerem necessários.

Em razão da pessoa idosa vir a sofrer negligência por parte da sociedade em momento de aparente maior fragilidade e vulnerabilidade, o Estatuto da Pessoa Idosa, em seu artigo 2º, busca reafirmar que as pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais são detentoras de direitos fundamentais em sua totalidade.

13. PREVENÇÃO DE QUEDAS

As quedas, mesmo que pequenas, são eventos sérios e que podem trazer uma série de complicações para a pessoa idosa, inclusive, podendo levar o indivíduo à dependência e à incapacidade. No Brasil, as quedas são a terceira causa de

mortalidade entre as pessoas com mais de 65 anos e, dessas, 70% ocorrem dentro de casa.

A promoção de um ambiente seguro e o fortalecimento da saúde física e mental são fundamentais para prevenir estes eventos; Além disso, é de extrema importância verificar outros fatores que podem levar a ocorrência de quedas, como revisão de medicamentos, principalmente os que causam hipotensão ou sedação, problemas de visão e audição, problemas em pés e com calçados, problemas de hipotensão ortostática e cardiovasculares, e suplementação de vitaminas, quando necessário.

Também faz-se necessário melhorar a força e o equilíbrio do idoso, através da prática de atividades físicas, práticas corporais e adequar o ambiente em que vive o indivíduo, mantendo uma iluminação adequada, garantindo que todos os cômodos estejam bem iluminados, retirar tapetes, fios e móveis que podem gerar tropeços, instalação de barras de apoio em banheiros e corredores, facilitando assim a locomoção do idoso.

14. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

À medida que envelhecemos, é natural que surjam algumas condições de saúde, como hipertensão e diabetes. Pesquisas indicam que, por volta dos 40 anos, nosso corpo começa a mostrar os primeiros sinais de desgaste, resultando em reações mais lentas e uma redução na capacidade funcional. Essa fase da vida ressalta a importância de adotarmos uma alimentação saudável, que pode desempenhar um papel fundamental na prevenção e manejo dessas condições, segundo o Ministério da Saúde (2006).

De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar 2017-2018, é comum observar no padrão de consumo alimentar da pessoa idosa brasileira a baixa ingestão de frutas, verduras e legumes. Os alimentos ultraprocessados representam cerca de 15% das calorias consumidas, com destaque para bolachas salgadas e pães industrializados, seguidos por doces e guloseimas. Uma prática frequente nesse período da vida é a substituição de refeições principais, especialmente o jantar, por lanches, que geralmente incluem pães, leite, bolachas e outros alimentos ultraprocessados, como salsichas e presunto (IBGE, 2020).

O Guia Alimentar para a População Brasileira é uma importante ferramenta de orientação nutricional que visa promover hábitos alimentares saudáveis em todas as faixas etárias, incluindo os idosos. Ele enfatiza a importância de uma alimentação baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados, priorizando a diversidade e a inclusão de frutas, verduras e legumes na dieta. Além de fornecer recomendações sobre a quantidade e a qualidade dos alimentos, o guia considera aspectos culturais e a realidade alimentar do país, promovendo práticas que estimulem a autonomia e a participação social dos indivíduos. Para a população idosa, o guia sugere adaptações nas preparações dos alimentos, levando em conta suas limitações físicas e sensoriais, e incentiva a hidratação adequada e a escolha de refeições caseiras (Brasil, 2014).

Há fatores que podem impactar a alimentação da pessoa idosa, como a perda cognitiva, que afeta a autonomia para comprar, preparar e se alimentar. Além disso, a redução da capacidade olfativa, a diminuição do apetite e a percepção alterada de sede e temperatura dos alimentos podem complicar ainda mais a situação. A perda parcial ou total da visão dificulta a seleção, o preparo e o consumo dos alimentos, enquanto problemas de mastigação, como dores nas articulações mandibulares, a perda de dentes ou dificuldades na adaptação de próteses dentárias, afetam o controle dos movimentos de mastigação e deglutição. Essas questões podem levar a um padrão alimentar inadequado e comprometer a saúde e o bem-estar do idoso (Brasil, 2021).

De acordo com o *Fascículo 2 Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa*, é fundamental fornecer orientações que levem em consideração suas necessidades nutricionais e limitações. Quando a pessoa idosa apresenta limitações para mastigar e engolir, é essencial adaptar a forma de preparo e as características dos alimentos, como consistência, textura, tamanho e quantidade. Facilitando o consumo e garantindo segurança durante as refeições. Métodos como moer, ralar ou picar os alimentos em pedaços menores podem ser alternativas eficazes, pois ajudam a evitar a recusa das refeições e minimizam riscos de complicações, como engasgo, aspiração ou asfixia. (Brasil, 2009).

Dentre as principais recomendações destaca-se: realizar diariamente, no mínimo, as três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar); consumir feijões

e outras leguminosas, pois a combinação deste com arroz é uma preparação completa; consumir frutas, verduras e legumes; evitar o consumo de bebidas adoçadas (como por exemplo, refrigerantes e sucos de caixinha ou em pó) priorizando sempre o consumo de água; e evitar ultraprocessados, como biscoitos/bolachas e embutidos (salsicha, presunto, mortadela, etc.) (Brasil, 2021).

Considerar as preferências e a acessibilidade dos alimentos é crucial, assim como incentivar a hidratação adequada, já que a percepção da sede pode estar diminuída. Incentivar o consumo regular de frutas, verduras e legumes, que são ricos em nutrientes essenciais e fibras. Além disso, a orientação sobre a escolha de alimentos menos processados e a preparação de refeições caseiras pode ajudar a reduzir a ingestão de ultraprocessados. Por fim, envolver os idosos em atividades de compra e preparo de alimentos pode não apenas melhorar sua autonomia, mas também promover um ambiente social mais rico, contribuindo para o bem-estar emocional e a qualidade de vida (Brasil, 2021).

15. LAZER

O lazer na terceira idade é um aspecto fundamental para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, proporcionando aos idosos oportunidades de socialização, estímulo cognitivo e manutenção da saúde física e emocional. Com o envelhecimento, a participação em atividades recreativas adquire um novo significado, tornando-se um meio essencial para fortalecer vínculos sociais e preservar a autonomia.

No entanto, apesar dos inúmeros benefícios, um dos principais desafios para a efetivação do lazer nessa fase da vida está na necessidade de adaptações que respeitem as limitações físicas e cognitivas próprias do envelhecimento. Atividades que antes eram praticadas sem restrições podem exigir ajustes para garantir acessibilidade, segurança e conforto, sem que isso comprometa o prazer e a participação ativa dos idosos. A criação de espaços inclusivos, o desenvolvimento de programas específicos e a sensibilização da sociedade para a importância do lazer adaptado são medidas essenciais para garantir que o envelhecimento seja vivido de forma mais plena e satisfatória.

16. ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

O envelhecimento é um processo natural, e tanto o corpo quanto a mente precisam de estímulos para se manterem saudáveis e funcionais. Assim como a prática de atividades físicas fortalece o corpo, exercitar a mente por meio do treino cognitivo é essencial para preservar as habilidades cognitivas dos idosos. O declínio cognitivo pode ocorrer devido a fatores biológicos e também a um ambiente com poucas oportunidades de estímulo e desafios intelectuais.

O que é estimulação cognitiva?

A estimulação cognitiva consiste no uso de atividades que incentivam o pensamento, a memória e a interação social, com o objetivo de retardar os efeitos do envelhecimento e reduzir o risco de demências.

Como o treino cognitivo pode ajudar?

O treino cognitivo desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, pois estimula o processo de aprendizagem. Na neuropsicologia, sua aplicação é ainda mais ampla, buscando tratar déficits cognitivos para melhorar aspectos comportamentais e emocionais, resultando em uma melhor qualidade de vida (PONTES; HÜBNER, 2008)

Durante as intervenções, o profissional deve criar estratégias personalizadas para cada indivíduo, promovendo benefícios como a manutenção da saúde cognitiva, melhora da memória, atenção e funções executivas, além de impactos positivos na saúde mental e na prevenção de quedas.

Quando iniciar a estimulação cognitiva?

O ideal é começar o mais cedo possível, levando em consideração as necessidades e queixas individuais de cada pessoa. O processo deve ir além da simples aplicação de técnicas, sendo fundamentado em uma compreensão global do paciente. Atividades como jogos, desafios mentais, leitura em voz alta e descrição de objetos são frequentemente utilizadas para estimular diferentes funções cognitivas.

17. VACINAÇÃO

As vacinas listadas a seguir são pertencentes ao calendário de vacinação do idoso, a partir do Programa Nacional de Imunizações (PNI), com as recomendações e comentários adicionais oriundos das recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) para 2024/2025 (SBIIm, 2024).

É importante ressaltar que a população idosa, junto a outros perfis populacionais, faz parte do grupo prioritário de vacinação. Portanto, é necessário reforçar a importância da atualização da carteira vacinal dos pacientes idosos, que apresentam mais riscos aos serem infectados pelos patógenos causadores dessas doenças, além de esclarecer dúvidas e evidenciar a segurança das vacinas ofertadas.

1. Gripe

Esquema recomendado: Dose única anual.

2. Difteria e Tétano (dT)

- **Paciente com esquema vacinal completo:** Reforço de dT a cada dez anos, ou a cada cinco anos em caso de ferimentos graves;
- **Paciente com esquema vacinal incompleto:** Uma dose de dT a qualquer momento e completar a vacinação com mais duas doses.

3. COVID-19

O esquema vacinal atual para prevenção da COVID-19, recomendado para imunocomprometidos com idade a partir de 5 anos, gestantes/puérperas e idosos a partir de 60 anos, é composto por duas doses anuais da vacina monovalente XBB, com intervalo mínimo de 6 meses entre cada dose.

De acordo com o Informe Técnico: Inclusão da vacina COVID-19 monovalente XBB na estratégia de vacinação contra a COVID-19, publicado pelo Ministério da Saúde em 2024, as reações adversas mais comuns causadas pela vacina XBB são locais: dor, edema, rubor no local de aplicação, geralmente de intensidade leve, de curta duração e autolimitada. Reações adversas sistêmicas mais comuns são febre, cefaleia, fadiga, mialgia e calafrios, de grau leve a moderado, também de curta duração (Brasil, 2024b).

Ressalta-se que tal esquema pode ser alterado de acordo com o contexto epidemiológico local e as vacinas disponíveis, portanto, deve-se verificar as recomendações vigentes.

4. Vacina Febre Amarela (VFA)

De acordo com as recomendações do PNI, pessoas com 60 anos ou mais, que não se vacinaram ou perderam seu comprovante de vacinação, devem ser avaliadas no serviço de saúde quanto à pertinência e o risco-benefício da vacinação.

5. Hepatite B

Em idosos não vacinados anteriormente, o esquema vacinal é composto por três doses, distribuídas em 0-1-6 meses.

6. Vacinas disponíveis fora do PNI

Além das vacinas listadas, estão disponíveis pela rede privada as vacinas para o herpes zóster e o vírus sincicial respiratório. Para casos específicos, como transplantados e diagnosticados com cânceres, ainda pode-se administrar vacinas para as hepatites A e B, meningocócicas C, e a vacina tríplice viral (SBIm, 2024).

18. ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE IDOSO

18.1 Alterações farmacocinéticas na senescência

A farmacocinética dita o movimento do fármaco dentro, através e fora do corpo e está relacionado a sua absorção, biodisponibilidade, distribuição, biotransformação e excreção.

Segundo Oliveira e Corradi (2018), temos que o idoso tem o ambiente intracelular alterado pelo acúmulo de substâncias criadas durante o metabolismo celular, que conseqüentemente geram alterações em concentração de receptores, transporte de íons, nutrientes e dificultando o mecanismo de reparo e divisão celular. Observa-se a redução da quantidade total de água corpórea diminuindo a biodisponibilidade de drogas hidrossolúveis, e em contrapartida existe um aumento na quantidade de tecido adiposo com o envelhecimento, que aumenta a biodisponibilidade de drogas lipossolúveis e maior tempo de meia-vida.

Sabemos que nos idosos temos múltiplas alterações gastrointestinais, como maior pH estomacal e menor motilidade intestinal, levando a menor absorção de fármacos que precisam do ácido no ambiente gástrico e menor absorção de medicamentos pelo intestino. Deve-se manter em mente que a diminuição do peristaltismo favorece o aumento do período de contato entre o fármaco e a superfície da mucosa, porém o idoso também tem menor número de células de absorção. Cabe ressaltar que alguns fármacos podem ainda causar lesão gástrica por aderirem a mucosa local.

Com a menor produção de albumina sérica, temos uma maior fração de fármacos livres no sangue, o que aumenta o risco de intoxicação. O metabolismo de fármacos pelo fígado é afetado com o menor número de hepatócitos e redução do fluxo sanguíneo hepático, com consequente menor metabolização de primeira passagem e maior tempo de meia-vida de fármacos.

Nos rins, temos uma perda significativa de massa renal e glomérulos, com diminuição do fluxo sanguíneo, envelhecimento da cápsula glomerular e espessamento das paredes dos túbulos renais, o que compromete o funcionamento renal, diminuindo a eliminação dos fármacos, aumentando o tempo de meia-vida e seus níveis séricos.

18.2 Critérios de Beers

Os Critérios de Beers (*AGS Beers Criteria*), também conhecidos como Lista de Beers, são constituídos por uma lista de medicamentos de uso potencialmente inadequado para idosos, publicada pela *American Geriatrics Society* (2023). Com sua última atualização no ano de 2023, o objetivo desse documento é auxiliar na tomada de decisão compartilhada dos profissionais de saúde sobre a farmacoterapia dos pacientes com idade a partir de 65 anos, exceto aqueles sob cuidados paliativos.

A estrutura da lista é dividida em cinco tabelas principais:

1. Medicamentos considerados potencialmente inapropriados;
2. Medicamentos potencialmente inapropriados para pacientes com doenças ou síndromes específicas;
3. Medicamentos que devem ser usados com cautela;
4. Interações fármaco-fármaco potencialmente inapropriadas;

5. Medicamentos que podem ter suas doses ajustadas de acordo com função renal.

Para melhor adequação ao contexto em Piraquara, as tabelas originais foram resumidas para conter os medicamentos mais relevantes, considerando a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) vigente e os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente, além do e estão nos Apêndices A, B, C, D e E (Brasil, 2024a; Piraquara (PR), 2023). O documento original completo, em inglês, pode ser acessado nas referências bibliográficas.

18.3 Uso Racional de Medicamentos, pacientes polimedicamentosos e desprescrição de medicamentos

Segundo a OMS (1985), o Uso Racional de Medicamentos é definido como o quadro onde “os pacientes recebem medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade”.

Pensando nisso, Santos et al. (2023) coloca que existe interesse da população idosa em tomar menos medicamentos. Sabemos que a presença de polifarmácia, definida como uso de pelo menos 2 medicamentos concomitantes, pode elevar o risco de efeitos adversos graves, que ocasionam maiores índices de internamento, segundo a literatura. Ao mesmo tempo, sabemos que a retirada das medicações de uso contínuo pode ocasionar em uma piora do quadro do paciente. Por isso, o autor recomenda cautela na desprescrição, que é uma ferramenta que pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mas deve ser feita com cuidado, pensando no paciente, envolvendo sua família e o acompanhando de perto.

Da mesma forma, é recomendável orientar os pacientes e rede de apoio sobre os riscos da automedicação, incluindo também os fitoterápicos e plantas medicinais, alertando que, apesar de sua origem natural, essas plantas e medicamentos também apresentam riscos à saúde. Portanto, seu uso deve ser questionado pelos profissionais de saúde, durante consulta ou visita domiciliar.

18.4 Programa Farmácia Popular

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) é um programa do Governo Federal que visa complementar o acesso aos medicamentos e insumos utilizados na Atenção Primária à Saúde, através de farmácias da rede privada credenciadas. Pelo programa, são disponibilizados medicamentos para tratamentos de diabetes, asma, hipertensão, osteoporose, anticoncepção, dislipidemia, rinite, doença de Parkinson e glaucoma, além de fraldas geriátricas para incontinência e dapagliflozina para tratamento de diabetes mellitus associada a doenças cardiovasculares, todos de forma gratuita. A listagem completa dos medicamentos disponibilizados está no Anexo 6 e as farmácias credenciadas em Piraquara estão listadas no Anexo 7.

Para ter acesso aos medicamentos, o paciente deve comparecer a uma das farmácias privadas credenciadas no PFPB, apresentar documento oficial com foto e número do CPF e receita médica dentro do prazo de validade, que pode ser tanto do SUS quanto de serviços particulares.

Para ter acesso às fraldas geriátricas, o paciente deve ter a partir dos 60 anos de idade ou ser pessoa com deficiência e deve apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda geriátrica, constando o respectivo CID, no caso de paciente com deficiência.

No caso de pacientes acamados ou que não possam comparecer à farmácia, um representante legal ou procurador pode realizar a retirada na farmácia credenciada, portando seu documento de oficial com foto e CPF, junto à receita médica dentro do prazo de validade e o documento oficial com foto e CPF do titular da receita, além do documento (procuração pública, sentença judicial ou identidade civil que comprove responsabilidade pelo paciente menor de idade) que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para aquisição dos medicamentos e/ou fraldas.

18.5 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Farmácia Jd. Primavera

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) tem como objetivo garantir o acesso ao tratamento integral aos pacientes de todas as condições

listadas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente, estão disponíveis 173 fármacos em 323 apresentações diferentes. Para realizar a solicitação inicial deles, deve-se seguir as seguintes etapas:

- 1. Consulta médica:** O médico (que pode precisar ser especialista ou não, a depender do PCDT) avalia o caso do paciente e prescreve o medicamento de acordo com o PCDT.
- 2. Documentação:** É necessário reunir o Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME), prescrição médica, cópia do documento de identificação do paciente, cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), cópia do comprovante de residência, laudos médicos e exames complementares, conforme descrito no PCDT. O paciente também deve preencher o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) preenchido pelo médico prescritor, após ser informado dos potenciais riscos e benefícios do tratamento solicitado. O LME tem validade por 90 dias e os exames complementares têm que ser realizados em prazos específicos para serem válidos.
- 3. Solicitação:** O paciente (ou responsável, no caso do paciente ser considerado incapaz) entrega a documentação na Farmácia Municipal do Jardim Primavera (localizada na rua Targino da Silva, nº13), cujo horário de funcionamento é das 8h-12h e 13h-16h, de segunda a sexta-feira, exceto no último dia útil do mês.
- 4. Avaliação e Autorização:** O profissional responsável realiza a avaliação da conformidade da solicitação com os critérios do PCDT e a Secretaria Estadual de Saúde autorizará ou não a dispensação. **O prazo para avaliação inicial é de até 60 dias.**
- 5. Dispensação:** Caso o tratamento seja autorizado, o paciente poderá retirar o medicamento na Farmácia Municipal do Jardim Primavera mensalmente, durante 6 meses. Somente os medicamentos refrigerados (como as insulinas especiais para tratamento da Diabetes Mellitus tipo 1) são

retirados na Farmácia do Paraná, localizada na Av. Mal. Floriano Peixoto, 250, em Curitiba/PR.

A renovação da solicitação geralmente pode ser feita pelo médico da Unidade Básica de Saúde do paciente em vez de um especialista, podendo ou não necessitar de novos exames complementares, porém o processo é específico para cada medicamento.

Todos os documentos, exames e/ou laudos necessários para solicitação inicial, adequação da solicitação e renovação da solicitação de cada medicamento podem ser pesquisados no site de [Consulta de Medicamentos](#) da Secretaria Estadual de Saúde. A busca pode ser feita pelo nome genérico do medicamento, PCDT ou CID do paciente.

19. ATIVIDADE FÍSICA

19.1 Benefícios da atividade física para um envelhecimento saudável

A prática de atividade física tem sido associada ao bem-estar, à saúde e a melhora na qualidade de vida em todas as idades, inclusive na velhice. Nesta fase, os riscos de uma vida inativa se potencializam, principalmente devido a diminuição da capacidade funcional e, em consequência, da qualidade de vida do idoso. A prática regular de exercícios físicos e a adoção de uma vida mais ativa, podem retardar algumas características deletérias advindas do processo de envelhecimento, preservando a autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa (Nahas, 2017).

Os benefícios da atividade física no envelhecimento incluem aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais. De acordo com o guia de atividade física para a população brasileira, os principais benefícios para esta idade são:

- Promove o desenvolvimento humano e bem-estar, ajudando a desfrutar de uma vida plena com melhor qualidade;
- Melhora as habilidades de socialização, por meio da participação em atividades em grupo;
- Aumenta a energia, disposição, autonomia e independência para realizar as atividades do dia a dia;

- Reduz o cansaço durante o dia;
- Melhora a capacidade para se movimentar e fortalece músculos e ossos;
- Reduz as dores nas articulações e nas costas;
- Melhora a postura e o equilíbrio;
- Reduz o risco de quedas e lesões;
- Melhora a qualidade do sono;
- Melhora a autoestima e autoimagem;
- Auxilia no controle do seu peso corporal;
- Reduz os sintomas de ansiedade e de depressão;
- Ajuda no controle da pressão alta;
- Reduz o colesterol e o diabetes;
- Reduz o risco de desenvolver doenças do coração e alguns tipos de câncer;
- Melhora a saúde dos pulmões e circulação;
- Ajuda na manutenção da memória, atenção, concentração, raciocínio e foco;
- Reduz o risco para demências, como a doença de Alzheimer.

19.2 Recomendações de exercícios físicos para pessoas idosas

Recomenda-se que indivíduos idosos pratiquem 150 minutos semanais de atividades físicas moderadas ou 75 minutos de atividades físicas vigorosas por semana. Também é possível alcançar a quantidade recomendada de atividade física por semana combinando as atividades moderadas e vigorosas.

Exercícios de fortalecimento dos principais músculos (costas, abdômen, braços e pernas) e de equilíbrio devem ser realizados de duas a três vezes por semana em

dias alternados, visando a melhora da capacidade funcional, atividades de vida diária e, ainda, prevenir quedas.

A duração das atividades, minutos por dia, pode ser fracionada durante o dia ou ser feita de uma só vez. Tanto a duração, frequência e intensidade dos exercícios, deve ser feita de maneira regular e aumentada progressivamente ao longo dos dias.

20. POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA ARTICULADAS COM OUTRAS SECRETARIAS MUNICIPAIS

20.1 Rede de Proteção

A Rede de Proteção não é uma instituição e não é um serviço; é uma concepção de trabalho integrado, se expressando numa metodologia de atuação conjunta entre todos os serviços que prestam atendimento direto a crianças, adolescentes, mulheres, pessoas com deficiência e idosos.

20.2 Atendimento, Acolhida e Encaminhamentos da Pessoa Idosa

O atendimento à pessoa idosa vítima de violência é uma área crucial da assistência social e da saúde, exigindo uma abordagem sensível e especializada. À medida que a população idosa aumenta, torna-se essencial desenvolver estratégias eficazes para identificar, prevenir e intervir em situações de violência que possam afetar esse grupo vulnerável.

O atendimento a essas vítimas envolve uma combinação de empatia, respeito pela autonomia e ação coordenada entre profissionais de diversas áreas, incluindo assistentes sociais, profissionais de saúde e autoridades policiais. A sensibilização para as especificidades do envelhecimento e o reconhecimento dos diversos tipos de violência são elementos fundamentais para assegurar que a pessoa idosa receba o apoio necessário, enquanto se respeitam seus direitos e dignidade. Este processo também envolve a promoção da conscientização, a formação constante dos profissionais envolvidos e a construção de uma rede de apoio integrada, visando garantir o bem-estar e a segurança das pessoas idosas que vivenciam situações de violência.

Ao identificar uma suspeita de violência (ver **item 9.1**), todo o profissional deve preencher a ficha de notificação e encaminhar ao NUPREVI. Todos os campos devem ser preenchidos atentamente e, se possível, preencher o campo Observações, relatando os detalhes que presenciou ao atender a pessoa idosa.

Feita a avaliação da unidade identificadora/notificadora, sendo constatado que o atendimento é de caráter emergencial para garantir sua proteção integral, utilizaremos meios de comunicação, como telefones, para acionar imediatamente os recursos e serviços necessários, relatando claramente a situação e posteriormente o memorando via 1DOC. Para efeitos de avaliação poderemos utilizar critérios, tais como: cárcere privado ou situações que envolvam risco à vida ou integridade da pessoa idosa.

Nos casos que não caracterizam atuação emergencial, a unidade CREAS recebe a ficha de notificação, preenchida adequadamente, avalia a documentação anexa e discute a informação contida na Ficha de Notificação. Então, planeja-se estratégias eficazes para realizar a abordagem com a pessoa idosa e/ou familiares e realiza os encaminhamentos pertinentes à demanda apresentada, prevendo a proteção integral da pessoa idosa.

20.3 Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Piraquara

O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Piraquara (COMDIPI), é um órgão colegiado, permanente e autônomo, consultivo, deliberativo e fiscalizador, das ações e execução da Política Municipal da Pessoa Idosa, com sede e abrangência no município de Piraquara. Através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, assegura condições para a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade à população idosa, com idade igual ou superior a 60 anos. As atribuições do COMDIPI, como a dos demais conselhos de direitos, tanto na esfera federal, quanto na estadual e municipal, estão definidas na legislação e normativas correspondentes.

20.4 Canais de denúncia

Conforme descrito no site do Conselho Estadual dos Direitos do idoso, o Disque Idoso Paraná é um serviço telefônico estadual gratuito ligado a um banco de dados,

que coloca à disposição da população orientações sobre os direitos da pessoa idosa, presta informações, encaminha denúncias e recebe elogios e sugestões sobre os serviços públicos.

Disponível nos 399 municípios paranaenses, tem como objetivo criar um canal de orientações sobre vários aspectos de interesse e necessidade das pessoas idosas para familiares, profissionais de áreas afins e comunidade em geral. Também está entre seus objetivos, receber e encaminhar denúncias de violência contra pessoas idosas; intermediar o acesso aos serviços disponíveis na comunidade e divulgar as ações governamentais e não governamentais na área da pessoa idosa, além incentivar o desenvolvimento de políticas públicas específicas, por meio de diagnóstico baseado nos atendimentos prestados.

O telefone de contato do **Disque Idoso** é **0800-141-0001**. A ligação é gratuita e sigilosa, com atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 12hs e das 13h30 às 17h30. O e-mail para contato é disqueidoso@sejuf.pr.gov.br.

Outros telefones úteis incluem:

- Conselho Estadual dos Direitos do Idoso - (41) 3210-2415
- Ministério Público do Paraná - (41) 3250-4000
- Polícia Civil - 197
- Polícia Militar - 190
- Disque Direitos Humanos - 100
- Disque Denúncia - 181

20.5 Educação de Jovens e Adultos

É uma modalidade de ensino equivalente aos anos iniciais do ensino fundamental – 1º a 5º anos, sendo voltado para pessoas com mais de 15 anos de idade e que ainda não terminaram seus estudos.

A modalidade é atendida por polos, sendo um na região central (Escola Emilia Capellini Valenga) e outro na região do Guarituba (Escola Marilda Cordeiro Salgueiro).

Os endereços das instituições e seus telefones para contato estão disponíveis na Figura 1 abaixo.

Figura 1: Instituições que oferecem o Ensino para Jovens e Adultos em Piraquara



É oferecido transporte aos estudantes que necessitam de deslocamento (acima de 2 quilômetros de distância da instituição).

Para mais informações, entre em contato pelo telefone 41 3590-3800 na Secretaria Municipal de Educação ou diretamente na instituição de interesse.

21. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é responsável pela prestação de atendimento primário e preventivo à saúde da comunidade, oferecendo serviços como:

- Consultas médicas eletivas;
- Consultas de enfermagem;
- Vacinas;
- Acompanhamentos de Pré natal;
- Atendimento odontológico básico;
- Acompanhamento de doenças crônicas;
- Testes rápidos e grupos de promoção à saúde.

Central de remoções

A central de remoções opera de forma programada e eletiva, sem atendimentos de urgência e emergência. Seu foco está na movimentação planejada de pacientes, especialmente aqueles com mobilidade reduzida ou nula, conforme protocolo municipal.

Os agendamentos devem acontecer preferencialmente 24 horas antes do uso, podendo realizar o agendamento de segunda a sexta no período das 08h às 16h, através dos telefones: (41) 3590-3736, (41) 3590-3166, (41) 3590-3537, (41) 3590-3706.

Unidade de Pronto Atendimento

A Unidade de Pronto Atendimento é uma estrutura de saúde pública que oferece atendimento de urgência e emergência com funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana, de acordo com a classificação de risco.

Realizando suporte para as demandas de baixa gravidade, tais como diarreia e dor aguda, porém, focada em atendimentos mais graves como febre alta, dor no peito, derrames e queimaduras.

21.1 Áreas da emergência

Um ambiente de urgência e emergência é subdividido por áreas de gravidade. Por convenção, existem 3 áreas principais: área vermelha, amarela e verde.

- Área vermelha: encontra-se a sala de emergência, destinada ao atendimento imediato de pacientes com risco de morte ou que necessitem de procedimentos invasivos;
- Área amarela: encontram-se os pacientes já estabilizados na área vermelha, porém que ainda precisam de cuidados especiais;
- Área verde: é composta pela sala de observação e, por isso, é a área em que, geralmente, os pacientes passam mais tempo.

Quadro 6: Níveis de emergência de acordo com estratificação de risco

EMERGÊNCIA (ATENDIMENTO IMEDIATO) Risco de vida; Parada Cardiorrespiratória; Situações de choque; Respiração ineficaz; Perfurações e hemorragias.
MUITO URGENTE (ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MINUTOS) Incapacidade de formular frases completas; Taquicardia Acentuada; Alteração de Estado de consciência; Dor pré cordial ou cardíaca;
URGENTE (ATENDIMENTO EM ATÉ 60 MINUTOS) Crise asmática; Dor de cabeça intensa; Dor abdominal com náuseas e vômitos; Ferimentos menores; Estado de pânico;
POUCO URGENTE (ATENDIMENTO EM ATÉ 120 MINUTOS) Pequenas lesões e fraturas fechadas; Dor abdominal sem alterações de sinais vitais; Vômitos e diarreia sem desidratação; Idosos, gestantes e deficientes físicos.
NÃO URGENTE (ATENDIMENTO EM ATÉ 240 MINUTOS) Dor leve; Escoriações; Contusões e distensões; Procedimentos simples, como curativos e receitas médicas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (Org.). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 71, n. 7, p. 2052–2081, 4 jul. 2023. Disponível em: <https://sbqq.org.br/wp-content/uploads/2023/05/1-American-Geriatrics-Society-2023.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (Org.). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, n. Supplement_1, p. S1–S48, 1 mar. 2014. Disponível em: [http://motfieldwork.pbworks.com/w/file/fetch/106693728/Occupational%20Therapy%20Practice%20Framework%20\(3rd%20Edition\).pdf](http://motfieldwork.pbworks.com/w/file/fetch/106693728/Occupational%20Therapy%20Practice%20Framework%20(3rd%20Edition).pdf). Acesso em: 18 mar. 2025.

ARAÚJO, M. R. et al. Atendimento médico e multiprofissional conjunto na Atenção Primária à Saúde. **XII Exposaúde**, 2022. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1182202211.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

AYERS, C. R. et al. Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 142–149, 22 fev. 2010.

BALTES, Paul B.; SMITH, Jacqui. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 17, n.36, p. 7-31, 2006.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018**: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Um guia para se viver mais e melhor**: Cartilha do Idoso. Brasília: [s. n.], 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_viver_mais_melhor_melhor_2006.pdf. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1. ed. Brasília: [s. n.],

2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa**: Um manual para profissionais de saúde. Brasília: [s. n.], 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 18 mar. 2025.

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). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Fascículo 2: Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: Rename 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf. Acesso em 18 mar. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico: Inclusão da vacina COVID-19 monovalente XBB na estratégia de vacinação contra a COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Elenco de medicamentos e insumos do Programa Farmácia Popular do Brasil**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular/arquivos/elenco-de-medicamentos-e-insumos.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

CAMARANO, A. A. et al. Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 679-698, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/XZLGwJDsSJ9rGCyrvdGt3rL/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer Coren-SP nº 023/2022**. Acolhimento, Escuta Qualificada, Classificação e Estratificação de Risco por profissionais de Enfermagem na Atenção Básica e encaminhamentos a outros profissionais. [S. l.], 2022. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/PARECER_023_2022_Acolhimento_Triagem_Classificacao_Risco_AB.pdf. Acesso em: 18 mar. 2025.

FIGUEIREDO JÚNIOR, A. M. et al. O processo de envelhecimento na sociedade: uma análise da literatura com foco na autopercepção dos idosos e na enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 17, p. e9694, 10 fev. 2022.

GONÇALVES, D. A. et. al. **Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ipab/files/2022/08/Cart%C2%A6o-Babel-Guia.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

GUEDES, A. P. et. al. **INSTRUTIVO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL**. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@43bbda91-2e97-4461-9799-bcd751927f3e&emPg=true>. Acesso em: 18 mar. 2025.

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL (versão do profissional de saúde). Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1BcqTjCz9ce0MHFfhrRe6jYz3ps8vwe5d/view>. Acesso em: 18 mar. 2025.

KATZUNG, B. G. Farmacologia geriátrica. In: KATZUNG, B. G.; TREVOR, A. J. (org.). **Farmacologia básica e clínica**. 13. ed. [S. l.]: Artmed, 2017. cap. 60, p. 1024-1032. ISBN 0071825053 / 9780071825054.

KNUTZ, B. A. F. et al. Universidade Aberta da Maturidade: impactos na qualidade de vida e nos papéis ocupacionais de idosos participantes. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 207-226, 2021. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/54465>. Acesso em: 15 fev. 2024.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo**. 7. Ed. Florianópolis: Ed. Do Autor, 2017. Disponível em: https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file_1lduWnhVZnP7.pdf. Acesso em: 18 mar. 2025.

NERI, A. L. **Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais**. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

OLIVEIRA, H. S. B.; CORRADI, M. L. G. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 165, 15 jun. 2018.

PAOLINI, P. Desafios da inclusão do idoso no mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 54-63, 2016. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/47/pt-BR/desafios-da-inclusao-do-idoso-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 15 fev. 2024.

PARANÁ. Secretaria da Justiça, Família e Trabalho. Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa do Paraná. **Conhecendo os direitos da pessoa idosa**. Disponível em: https://www.cedipi.pr.gov.br/sites/cedi/arquivos_restritos/files/documento/2021-02/cartilhadireitospessoaidosa.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.

PIRAQUARA. **Decreto nº 11.333/2023**. Define a relação municipal de medicamentos essenciais – Remume. Piraquara: 2023. Disponível em: <https://www.piraquara.pr.gov.br/storage/content/midias/file-20240603165836-remume2023.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

PONTES, L. M. M.; HÜBNER, M. M. C. A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, n. 1, p. 6–12, 2008.

RIBEIRO, D. P.; APRILE, M. R.; PELUSO, É. T. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em idosos aposentados que trabalham. **Mais 60: Estudos sobre Envelhecimento**, São Paulo, v. 31, n. 77, 2020. Disponível em: <https://portal.sescsp.org.br/files/artigo/1b86bd77/533b/4d26/96f7/1ffeaf3c5e95.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SANTOS, W. H. V. et al. Desprescrição de medicamentos: uma revisão sobre a melhora na qualidade de vida dos pacientes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 11, p. e14778, 11 nov. 2023.

SILVA, A. C. C. DA; OLIVER, F. C. Participação social em terapia ocupacional: sobre o que estamos falando? **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 4, p. 858–872, 2019.

SILVA, L. C. A. As implicações da aposentadoria na construção da identidade do idoso. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 4, n. 8, p. 145-163, 2019. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/18687>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de Vacinação SBIm Idoso**: Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2024/2025. [s.l.]: 2024. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-idoso.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

SOUZA, L. D.; RAUCHBACH, R. **O idoso e a prática de musculação**. Curitiba, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548–554, jun. 2009.

ANEXO 1 – ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20
www.ivcf-20.com.br

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.
Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

		Pontuação
IDADE	1. Qual é a sua idade?	☐ 60 a 74 anos ⁰ ☐ 75 a 84 anos ¹ ☐ ≥ 85 anos ²
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	☐ Excelente, muito boa ou boa ⁰ ☐ Regular ou ruim ¹
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ☐ Sim ¹ ☐ Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ☐ Sim ¹ ☐ Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ☐ Sim ¹ ☐ Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? ☐ Sim ¹ ☐ Não
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? ☐ Sim ¹ ☐ Não
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ☐ Sim ¹ ☐ Não
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ☐ Sim ² ☐ Não
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ☐ Sim ² ☐ Não
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ☐ Sim ² ☐ Não
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ☐ Sim ¹ ☐ Não
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ☐ Sim ¹ ☐ Não
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? - Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); - Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); - Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); - Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). ☐ Sim ² ☐ Não
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ☐ Sim ² ☐ Não
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ☐ Sim ² ☐ Não
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ☐ Sim ² ☐ Não
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. ☐ Sim ² ☐ Não
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ☐ Sim ² ☐ Não
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? - Cinco ou mais doenças crônicas (); - Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); - Internação recente, nos últimos 6 meses (). ☐ Sim ⁴ ☐ Não
	Poli farmácia	
	Internação recente (<6 meses)	
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)		

ANEXO 2 – CARTÃO DE BABEL (frente)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Registrar escolaridade e data do exame

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0-5 pontos)

1- Dia ☐ Mês ☐ Ano ☐ Dia da semana ☐ Horas ☐

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (0-5 pontos)

2- Local (específico) ☐ Local (geral) ☐ Bairro ☐
Cidade ☐ Estado ☐

REGISTRO (0-3 pontos)

3- Repetir 3 palavras:
carro ☐ vaso ☐ tijolo ☐

ATENÇÃO E CÁLCULO (0-5 pontos)

4- Série descendente de 100-7:

93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65 ☐

ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente:

O ☐ D ☐ N ☐ U ☐ M ☐

EVOCAÇÃO (0-3 pontos)

5- Repetir as 3 palavras do registro:
carro ☐ vaso ☐ tijolo ☐

LINGUAGEM (0-9 pontos)

6- Denominar um relógio de pulso ☐ e uma caneta ☐

7- Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá" ☐

8- Atender ao comando: "peque um papel com a mão direita ☐, dobre-o ao meio ☐ e coloque-o no chão" ☐

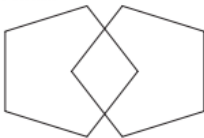
9- Ler e obedecer a seguinte ordem por escrito:

FECHE OS OLHOS ☐

10- Escrever uma frase completa ☐

PRAXIA (0-1 ponto)

11- Copiar o desenho ☐



Pontos de corte para risco de déficit cognitivo:

analfabeto: 13 pontos

1 a 7 anos de estudo: 18 pontos

8 ou mais anos de estudo: 23 pontos

BERTOLUCCI, P. et al, *Arq Neuropsiquiatr*; 52:1-7, 1994.

5

ROTEIROS PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

I- Os profissionais da Saúde da Família são especializados e qualificados;

II- Os cuidados são influenciados pela comunidade;

III- A equipe de Saúde da Família é um recurso de uma população definida;

IV- A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do profissional da Saúde da Família.

Adaptado de LOPES, J. M. C.

Disponível em www.agmfc.org.br/site/principios.asp; acesso em 15/3/2009

ETAPAS DO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

1- Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente (Illness x disease);

2- Entendendo a pessoa como um todo;

3- Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;

4- Incorporando prevenção e promoção à saúde;

5- Intensificando a relação profissional - pessoa;

6- Sendo realista.

Adaptado de STEWART, M et al. *Patient centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Medical, 2003.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

Aproximação da Clínica Ampliada

- Motivo do matriciamento;
- Informações sobre a pessoa, família e ambiente;
- Problemática apresentada no atendimento (nas palavras da pessoa, familiar, outros);
- História do problema atual (início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso/referência/contra-referência);
- Configuração familiar (genograma);
- Vida social (participação em grupos, instituições, rede de apoio social, situação econômica);
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;
- Formulação diagnóstica multi-axial.

Formulação Diagnóstica Multiaxial

- 1- Transtornos mentais
- 2- Transtornos/estilo de personalidade e t. do desenvolvimento;
- 3- Problemas de saúde em geral;
- 4- Avaliação de incapacidade;
- 5- Problemas sociais.

Formulação de Projeto Terapêutico Singular

- 1- Abordagens biológicas e farmacológica;
- 2- Abordagens psicossociais e familiar;
- 3- Apoio do sistema de saúde;
- 4- Apoio da rede comunitária;
- 5- Trabalho em equipe: quem faz o quê.

6

Cartão Babel

de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morriss, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008)



Este cartão pode ser reproduzido parcial ou integralmente, desde que citada a fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOI, L.F. *Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.

ANEXO 3 – CARTÃO DE BABEL (verso)

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

1) Apresentação e comportamento

- Descrever atitude do paciente, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura;

2) Cognição

- Consciência: obnubilação, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagueando).
- Orientação auto e alopsíquica (local, hora, dia e data)
- Atenção e concentração dirigida e espontânea (do meio ambiente)
- Memória imediata: experiências nos últimos dias
- Memória remota: eventos pessoais passados como escola, casamento
- Inteligência: cálculos, leitura

3) Afetividade, humor e vitalidade

- Registrar a reação e sintonia afetiva entre discurso e conteúdo;
 - Observar tendência ao choro, tristeza, euforia, desinibição.
- Variação do humor durante o dia, ânimo, libido;
- Avaliar distúrbios do sono, alteração de apetite e peso e ideação suicida;

4) Discurso

- Avaliar a velocidade do discurso, sua qualidade (se é coerente) e continuidade (se há associação lógica entre temas, idéias e assuntos);

5) Conteúdo do pensamento

- Investigar preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, motivos de ansiedade e medo; fobias e pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais ou estratégias para evitar ou aliviar ansiedade.
- Notar se há delírios (idéias patologicamente falseadas, que não encontram sustentação lógica).

6) Sensopercepção

- Ilusão é a percepção sensorial alterada de um estímulo real;
- Alucinação é a percepção irreal que ocorre na ausência de estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, como as verbais na terceira pessoa (mais comuns em psicoses), visuais (mais frequentes em distúrbios orgânicos), olfativas, gustatórias ou táteis;
- Despersonalização é a sensação de irreabilidade em relação ao próprio corpo (relativamente frequente em transtornos ansiosos e depressivos);

7) Juízo e autocritica

- Juízo: alterado na ocorrência de delírios (com gradações)
- Para exame da autocritica, usar perguntas como: "Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?", "Você acha que pode estar precisando de tratamento?"

TRIAGEM PARA DEPRESSÃO

- 1- Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
 - 2- Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente
- Se houver menos uma resposta 'sim', faça as perguntas a seguir:*
- A- Seu apetite mudou de forma significativa?
- B- Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?
- C- Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?
- D- Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?
- E- Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?
- F- Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?
- G- Teve por várias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo? h

Se 'sim' em 1 ou 2 + 'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão:

- 3 e 4 respostas positivas – depressão leve
- 5 a 7 respostas positivas – depressão moderada
- risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas – depressão grave

Em caso de depressão:

- Avaliar risco de suicídio (ver a seguir)
- Considerar transtorno afetivo bipolar e investigar quadro progressivo de mania
- Questionar sobre uso de drogas e álcool

Adaptado de AMORIM, P.; *Rev Bras Psiquiatr*; 22:106-15, 2000

AValiação de RISCO de SUICÍDIO

- 1- Você pensou que seria melhor estar morto? (1)
- 2- Você quer fazer mal a si mesmo? (2)
- 3- Você tem pensado em se suicidar? (6)
- 4- Você tem planejado uma maneira de se suicidar? (10)
- 5- Você tentou o suicídio (recentemente)? (10)
- 6- Você já fez alguma tentativa de suicídio (em sua vida)? (4)

Risco de suicídio (somar os pontos)

1-5: leve; 6-9: moderado; 10-33: elevado

Lembre-se: O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio

Adaptado de AMORIM, P.; *Rev Bras Psiquiatr*; 22:106-15, 2000; e FERREIRA, M. H. F. et al. *Rev Bras Psiquiatr*; 29:51-54

TRIAGEM PARA ANSIEDADE

- 1- Você tem se preocupado demais?
 - 2- Você tem se sentido esgotado, tenso?
 - 3- Você tem se sentido muito irritado(a) ou com "problema nos nervos"?
 - 4- Você tem tido dificuldade em relaxar?
- Se houver pelo menos dois 'sim', faça as perguntas a seguir:*
- 5- Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?
 - 6- Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal estar na cabeça?

- 7- Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batadeira etc. (sintomas autonômicos)?
- 8- Você está preocupado com sua saúde?

- 9- Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas?

Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam forte risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Adaptado de GOLDBERG, D. et al, *Psychiatry in Medical Practice*, Routledge, 2008. p. 8

USO NOCIVO DE ÁLCOOL (CAGE)

- C (cut) – Você já considerou beber menos ou parar de beber?
- A (annoyed) – Pessoas o tem perturbado por criticá-lo por beber?
- G (guilty) – Você tem se sentido culpado ou mal por beber?
- E (eye opener) – Você bebido logo pela manhã, ao acordar, para aliviar os nervos ou a ressaca?

Se pelo menos duas positivas fazer consulta específica para alcoolismo e drogas (pode-se usar o instrumento ASSIST da OMS)

MASUR, J. et al, *J Bras Psiquiatr*; 34:31-4, 1985

DEPENDÊNCIA AO TABACO (TESTE DE FAGERSTRÖM)

- 1- Quanto tempo você demora para fumar depois que acorda?
<5 min (3) 5-30 min (2) 31-60 min (1) >60 min (0)
- 2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
Sim (1) Não (0)

- 3- Qual cigarro do dia que te dá mais satisfação?
O primeiro da manhã (1) Outros (0)

- 4- Quantos cigarros você fuma por dia?
<10 (0) 11 a 20 (1) 21 a 30 (2) >30 (3)

- 5- Você fuma frequentemente pela manhã?
Sim (1) Não (0)

- 6- Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
Sim (1) Não (0)

*Grau da dependência (somar os pontos):
0-2: muito baixo; 3-4: baixo; 5: médio; 6-7: elevado.*

HALTY, L.S. et al, *J.Pneumol*; 28:180-6, 2002

ANEXO 4 – LISTA DE ATIVIDADES COLETIVAS DISPONÍVEIS PARA PESSOAS IDOSAS EM PIRAQUARA

Serviço	Local	Dias da semana	Horário	Endereço
Ginástica 60+	Poliesportivo	Terça e Quinta	08:15 às 09:00	R. Vitório Scarante, 376 - Centro
Ginástica 60+	Centro da Juventude	Terça e Quinta	08:15 às 09:00	R. Mal. Deodoro da Fonseca, 1951 - Recanto das Águas
Ginástica 60+	CEU	Terça e Quinta	08:00 às 08:45	R. Juri Danilenko, 3460 - Planta Santa Lúcia
Esportes Adaptados 60+	Centro da Juventude	Terça, Quinta e Sexta	-	R. Mal. Deodoro da Fonseca, 1951 - Recanto das Águas
SCFV - Grupos de Idosos	CRAS Guaritubinha	Sexta-feira	Tarde	Av. das Orquídeas, 730 - Planta Guarituba Pequena
SCFV - Grupo das Mulheres	CISA Betonex	Segunda e Sexta	Tarde	Av. Betonex, s/n
SCFV - Grupos de Idosos	CRAS Pirasol	Quinta-feira	Tarde	Av. Getúlio Vargas, 450 - Centro
Caminhando e Contando	Quadra do CISA Betonex	Segunda e Sexta	08:00 às 09:00	Av. Betonex, s/n
Caminhando e Contando	UBS Tia Tiana	Segunda e Sexta	08:30 às 09:30	Rua Takami Tano, 244 - Planta Deodoro
Caminhando e Contando	Igreja N. Sra. Aparecida (UBS Vila Macedo)	Terça e Quinta	08:30 às 09:30	Rua Maceió, 85 - Vila Vicente Macedo
Caminhando e Contando	Igreja N. Sra. Perpétuo Socorro (UBS Primavera)	Terça e Quinta	08:30 às 09:30	Rua Padre Hubert Alfred Roebig, 41 - Jardim Primavera

ANEXO 5 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS ADULTAS E IDOSAS

Perfil do usuário:

☐	ADULTO	☐	PCD/TM	☐	IDOSO	☐	MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	☐	SITUAÇÃO DE RUA
--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------

Formulário a ser utilizado diante da iminência de um acolhimento institucional.

No caso do CREAS identificar a necessidade, após esgotar outras alternativas, poderá encaminhar o presente formulário para a coordenação da saúde do idoso, a qual dará encaminhamento à UBS ou serviço indicado para responder aos quesitos de saúde.

1. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

CREAS/UNIDADE		DATA DA SOLICITAÇÃO	
UBS REDE DE PROTEÇÃO			

PARTE I

2. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME					
D.N.		SEXO		NATURALIDADE	
FILIAÇÃO					
ESTADO CIVIL		RG		CPF	
ENDEREÇO					
TELEFONE					
POSUI INTERDIÇÃO	() SIM () NÃO () EM PROCESSO Curador:				
RESIDE	() em unidade de acolhimento () em situação de rua () em residência Com quem?				
TIPO DE RESIDÊNCIA	() Própria () Alugada () Ocupada () Cedida por:				

EM CASO DE ACOLHIMENTO DE MULHER COM FILHOS, IDENTIFICAR A(S) CRIANÇA (S)/ ADOLESCENTE(S):

NOME COMPLETO	SEXO	D.N	IDADE

3. REDE SOCIOASSISTENCIAL

CRAS/CREAS DE ORIGEM			NPCA	
CADASTRO ÚNICO	() Possui () Não Possui	NIS		
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL ANTERIOR	() Não () Sim, Unidade p/ adulto/idoso () Sim, unidade p/ criança/adolescente UNIDADE(S): TEMPO DE ACOLHIMENTO:			

4. IDENTIFICAÇÃO FAMILIAR/REDE DE APOIO

Nº	NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	TELEFONE
1				
2				
3				
4				
5				

5 . RENDA

ESTÁ TRABALHANDO	() Não () Sim, trabalho formal () Sim, trabalho informal	PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	
POSSUI RENDA	() Sim () Não	TIPO	() Aposentadoria () Pensão () Auxílio Doença

			() Bolsa Família () BPC () Outro:
VALOR			

6 . CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE E RISCO

SOFRE VIOLÊNCIA	() Sim () Não Quais? () Física () Psicológica () Negligência/abandono () Sexual () Patrimonial/Financeira () Outra:		
VÍNCULO COM O AGENTE AGRESSOR	Filhos		
HÁ REINCIDÊNCIA	() Sim () Não () Quantas Vezes: Data da última ocorrência:		
POSSUI NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	() Sim () Não		
ACOMPANHAMENTO DE ÓRGÃOS DO SISTEMA E GARANTIA DE DIREITOS	() Sim () Não () Qual: Número dos Autos/PA:		

7. JUSTIFICATIVA PARA ACOLHIMENTO

Justifique o motivo para solicitação do acolhimento, indicando quais orientações e encaminhamentos já realizados à família e/ou indivíduo, considerando o acolhimento institucional como medida excepcional e emergencial.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

NOME COMPLETO		MATR.	
ASSINATURA/CARIMBO			

PARTE II

8. DADOS DE SAÚDE

CARTÃO SUS			
DEFICIÊNCIA	☐ Não possui ☐ Física ☐ Intelectual ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Múltiplas ☐ Não tem nenhum diagnóstico fechado pela UBS		
DOENÇAS CLÍNICAS ASSOCIADAS	☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Outros Quais:		
TRANSTORNO MENTAL	☐ Sim ☐ Não ☐ Não tem nenhum diagnóstico fechado CID ou Hipótese Diagnóstica:		
INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO	☐ Sim ☐ Não Local(is): Quantidade: Data do último Internamento: Esteve Internado por período de 2 anos ou mais ininterruptos: ☐ Sim ☐ Não Local:		
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	☐ Sim ☐ Não Local(is): ☐ Ambulatório ☐ Caps ☐ Hospital Dia		
PARTICIPA DE GRUPOS DE APOIO EM SAÚDE	☐ Sim ☐ Não Qual		
POSSUI	☐ Marca-passo ☐ Prótese. Qual:		
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	☐ Sim ☐ Não ☐ Qual(is)		

9. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

a) BANHO: BANHO DE LEITO, BANHEIRA OU CHUVEIRO

☐ Não recebe assistência (entra e sai do banho sozinho)	☐ Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	☐ Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
--	---	--

b) SAÚDE BUCAL

POSSUI DENTES	() Sim () Não	POSSUI PRÓTESE DENTÁRIA	() Sim () Não
() Vai ao banheiro e realiza a escovação dos dentes sem assistência.		() Recebe assistência para realizar a escovação dos dentes	

c) IR AO BANHEIRO: DIRIGE-SE AO BANHEIRO PARA URINAR OU EVACUAR, FAZ SUA HIGIENE E SE VESTE APÓS AS ELIMINAÇÕES

() Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã	() Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	() Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
--	---	---

d) VESTIR: PEGA ROUPA NO ARMÁRIO E VESTE, INCLUINDO ROUPAS ÍNTIMAS, ROUPAS EXTERNAS E FECHOS E CINTOS (CASO USE)

() Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	() Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	() Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
---	---	--

e) TRANSFERÊNCIA: MUDANÇA DE DECÚBITO, LOCOMOÇÃO

OBJETO(S) DE APOIO:	() Utiliza () Cadeira de Rodas () Andador () Bengala () Outro		
() Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador	() Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	() Não sai da cama	

f) CONTINÊNCIA

FAZ USO DE FRALDAS	() Não () Sim () Sim, noturno	UTILIZA CATETER	() Sim () Não
() Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	() Tem “acidentes”* ocasionais * acidentes = perdas urinárias ou fecais	() Supervisão para controlar urina e fezes	

g) ALIMENTAÇÃO

() Alimenta-se sem assistência	() Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	() Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcialmente ou totalmente por sonda enteral ou parenteral
---------------------------------	---	---

AValiação DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO USUÁRIO

() GRAU DE DEPENDÊNCIA 1 Indivíduo autônomo para alimentação, higiene e mobilidade	() GRAU DE DEPENDÊNCIA 2 Indivíduo que necessita de apoio para alimentação, higiene e mobilidade	() GRAU DE DEPENDÊNCIA 3 Indivíduo que necessita de um cuidador
--	--	---

10 . RELATO MÉDICO/DE SAÚDE

--

--

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

SAÚDE			
NOME COMPLETO		MATR.	
ASSINATURA/CARIMBO			

ANEXO 6 – ELENCO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DISTRIBUÍDOS PELO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL, ATÉ ABRIL DE 2025

Indicação	Princípios ativos/ insumos
ASMA	brometo de ipratrópio 0,02mg
	brometo de ipratrópio 0,25mg
	dipropionato de beclometasona 200mcg
	dipropionato de beclometasona 250mcg
	dipropionato de beclometasona 50mcg
	sulfato de salbutamol 100mcg
	sulfato de salbutamol 5mg
DIABETES	cloridrato de metformina 500mg
	cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada
	cloridrato de metformina 850mg
	glibenclamida 5mg
	insulina humana regular 100ui/ml
HIPERTENSÃO	insulina humana 100ui/ml
	atenolol 25mg
	besilato de anlodipino 5 mg
	captopril 25mg
	cloridrato de propranolol 40mg
	hidroclorotiazida 25mg
	losartana potássica 50mg
	maleato de enalapril 10mg
	espironolactona 25 mg
	furosemida 40 mg
ANTICONCEPÇÃO	succinato de metoprolol 25 mg
	acetato de medroxiprogesterona 150mg
	etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15mg
	noretisterona 0,35mg
OSTEOPOROSE	valerato de estradiol 5mg + enantato de noretisterona 50mg
	alendronato de sódio 70mg
DISLIPIDEMIA	sinvastatina 10mg
	sinvastatina 20mg
	sinvastatina 40mg
DOENÇA DE PARKINSON	carbidopa 25mg + levodopa 250mg
	cloridrato de benserazida 25mg + levodopa 100mg
GLAUCOMA	maleato de timolol 2,5mg
	maleato de timolol 5mg
RINITE	budesonida 32mcg
	budesonida 50mcg
	dipropionato de beclometasona 50mcg/dose
DIABETES MELLITUS + DOENÇA CARDIOVASCULAR	dapagliflozina 10 mg
DIGNIDADE MENSTRUAL	absorvente higiênico
INCONTINÊNCIA URINÁRIA	fralda geriátrica

**ANEXO 7 – LISTA DE FARMÁCIAS CREDENCIADAS NO PFPB EM PIRAQUARA, ATÉ
DEZEMBRO/2024**

Região de referência	Nome da farmácia	Endereço	Bairro
Central	Farmácia Farmagnus	Av. Getúlio Vargas, 1518	Centro
	Farmácia Melissa	Av. Getúlio Vargas, 296	Centro
	Farmácias Morifarma	Av. Getúlio Vargas, 767	Centro
	Farmácia Nissei	R. Adélio Gomes de Aguiar, 144	Jardim Bom Jesus dos Passos
Guarituba	Farmácias Farmanello	R. Juri Danilenko, 3975	Planta Santa Lúcia
	Farmácia Maxifarma	R. Juri Danilenko, 103	Planta Santa Lúcia
	Farmácias Unipreço	Av. Betonex, 2083	Guarituba

APÊNDICE A – LISTA DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS EM IDOSOS

Medicamento	Raciocínio	Recomendação
Antihistamínicos		
Dexclorfeniramina e outros anti-histamínicos de primeira geração	Altamente anticolinérgico; clearance reduzido com a idade avançada e desenvolvimento de tolerância quando usado como hipnótico; risco de confusão, xerostomia, constipação, e outros efeitos anticolinérgicos ou toxicidade. Exposição cumulativa a fármacos anticolinérgicos está associado com maior risco de quedas, delirium e demência, mesmo em adultos mais jovens. Considerar carga anticolinérgica total durante as revisões da farmacoterapia.	Evitar.
Antibióticos		
Nitrofurantoína	Potencial para toxicidade pulmonar, hepatotoxicidade, e neuropatia periférica, especialmente com uso prolongado.	Evitar em indivíduos com CrCl < 30 mL/min ou para tratamento prolongado.
Sistema cardiovascular e antitrombóticos		
Ácido acetilsalicílico para prevenção primária de doença cardiovascular	Risco de sangramento intenso aumenta com o envelhecimento. Estudos sugerem falta de benefício líquido e potencial para danos quando iniciado para prevenção primária em idosos. Há menos evidências sobre interrupção de uso de aspirina em usuários de longo prazo, porém os mesmos princípios para início da terapia podem ser aplicados. Observação: Ácido acetilsalicílico é geralmente indicado para prevenção secundária em idosos com doença cardiovascular prévia.	Evitar iniciar tratamento para prevenção primária de doença cardiovascular. Considerar desprescrição para pacientes idosos que usam para prevenção primária.
Varfarina para tratamento de fibrilação atrial não-valvar ou tromboembolismo venoso	Comparado com anticoagulantes orais diretos (DOACs), varfarina apresenta mais riscos de sangramento intenso (particularmente sangramentos intracranianos) e similares ou menor efetividade no tratamento de fibrilação atrial não valvar e tromboembolismo venoso. DOACs são portanto escolhas preferíveis para anticoagulação para a maioria das pessoas com essas condições.	Evitar iniciar varfarina como terapia inicial de fibrilação atrial não valvar ou tromboembolismo venoso, a menos que opções alternativas (ex. DOACs) sejam contraindicados ou haja barreiras substanciais para seu uso. Para pacientes idosos que usam varfarina a longo prazo, pode ser razoável continuar com esse medicamento, particularmente entre aqueles com INR bem controlado e sem efeitos adversos.
Doxazosina (bloqueadores periféricos alfa-1 não-seletivos para tratamento da hipertensão)	Risco elevado de hipotensão ortostática e danos associados, especialmente em idosos. Não recomendado como tratamento de rotina para hipertensão. Agentes alternativos apresentam perfil de risco-benefício superiores.	Evitar uso como antihipertensivo.

Amiodarona	Efetivo para manter ritmo sinusal, mas apresenta maior toxicidade que outros antiarrítmicos usados para a fibrilação atrial ou insuficiência cardíaca grave ou recentemente descompensada. Em algumas circunstâncias, desfechos piores têm sido reportados em pessoas com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr) que apresentam sintomas mais leves (NYHA classe I ou II).	Evitar em indivíduos com fibrilação atrial permanente ou insuficiência cardíaca grave ou recentemente descompensada. Usar com cautela em pacientes com ICFEr com sintomas mais leves (NYHA classe I ou II).
Digoxina como tratamento de primeira linha de fibrilação atrial ou insuficiência cardíaca	Uso para fibrilação atrial: não deveria ser utilizado como tratamento de primeira linha, pois há escolhas mais seguras e mais efetivas para controle da frequência. Uso para insuficiência cardíaca: evidências dos benefícios e dos danos da digoxina são conflituosas e de qualidade mais baixa; maioria (mas não todas) das evidências dizem respeito ao uso na ICFEr. Há evidências fortes para uso de outros agentes como terapia de primeira linha para reduzir hospitalização e mortalidade de adultos com ICFEr. Na insuficiência cardíaca, doses mais elevadas não são associadas com benefícios adicionais e podem aumentar o risco de toxicidade. Ter cautela ao descontinuar o uso em usuários com ICFEr sob tratamento com digoxina, dado as evidências limitadas sugerindo pior desfecho clínico depois da descontinuação. Redução do clearance renal da digoxina pode levar a maior risco de efeitos tóxicos. Redução de dose adicional pode ser necessária para pacientes com doença crônica renal de estágio 4 ou 5.	Evitar o uso como terapia de primeira linha para fibrilação atrial. Evitar o uso como terapia de primeira linha para insuficiência cardíaca. Veja o raciocínio para cautela sobre retirada do medicamento em usuários de longo prazo com ICFEr. Se for utilizado para a fibrilação atrial ou insuficiência cardíaca, evitar doses > 0,125 mg.
Sistema nervoso central		
Amitriptilina e outros antidepressivos com forte atividade anticolinérgica, sozinhos ou em conjunto	Altamente anticolinérgico, sedativo e causa hipotensão ortostática.	Evitar.
Haloperidol, risperidona e outros antipsicóticos de primeira geração (típicos) e segunda geração (atípicos)	Risco aumentado de infarto e maior risco de declínio cognitivo e mortalidade em pessoas com demência. Evidências adicionais sugerem uma associação de risco aumentado entre medicamentos antipsicóticos e mortalidade independente de demência. Evitar antipsicóticos para tratamento de problemas comportamentais da demência ou delirium a menos que as opções não farmacológicas tenham falhado e/ou o paciente esteja causando risco substancial para si ou para outros. Se for utilizado, tentativas de desprescrição periódica devem ser consideradas para avaliar a necessidade e/ou menor dose efetiva.	Evitar, exceto para casos com indicação aprovada, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose da doença de Parkinson (ver Tabela 3), tratamento adjunto do transtorno depressivo maior, ou como antiemético em uso de curto-prazo.

Fenobarbital e outros barbitúricos	Alta taxa de dependência, tolerância aos benefícios ao sono, maior risco de overdose em baixas dosagens.	Evitar.
Clonazepam, diazepam e outros benzodiazepínicos	O uso de benzodiazepínicos (BZD) expõe os usuários a riscos de abuso, uso inadequado e vício. Uso concomitante de opioides pode resultar em sedação profunda, depressão respiratória, coma e morte. Idosos possuem maior sensibilidade a BZD e metabolismo reduzido de agentes de ação prolongada. O uso contínuo de BZD pode levar a dependência física clinicamente significativa. Em geral, todos os BZD aumentam o risco de déficit cognitivo, delirium, quedas, fraturas, e acidentes automobilísticos em idosos. Pode ser apropriado para transtornos epiléticos, transtorno comportamental do sono REM, abstinência de benzodiazepínicos, abstinência de álcool, transtorno de ansiedade generalizada e anestesia periprocedural.	Evitar.
Sistema endócrino		
Insulina Regular sem o uso concomitante de insulina NPH	Risco aumentado de hipoglicemia sem melhoria no gerenciamento da hiperglicemia. Evitar insulino terapia que inclui somente insulinas de ação rápida ou ultrarrápida com ajuste de dose de acordo com os níveis de glicemia capilar, sem o uso concomitante de insulinas de longa duração ou basais.	Evitar.
Gliclazida, glibenclamida e todas as sulfonilureias (incluindo as de ação curta e longa)	Sulfonilureias apresentam maior risco de eventos cardiovasculares, mortalidade por todas as causas, e hipoglicemia que outros agentes. Sulfonilureias podem aumentar o risco de morte cardiovascular e infarto isquêmico. Entre as sulfonilureias, os agentes de ação prolongada (ex. glibenclamida) conferem um risco mais elevado de hipoglicemia prolongada que agentes de ação curta.	Evitar as sulfonilureias como monoterapia de primeira ou segunda linha ou terapia adicional, a menos que haja barreiras substanciais para o uso de agentes mais seguros e efetivos. Se uma sulfonilureia for utilizada, escolher agentes de ação curta ao invés de agentes de ação prolongada.

Estrógenos com ou sem progestinas (inclui estrógenos naturais e sintéticos)	Evidências de potencial carcinogênico (seio e endométrio); falta de efeito cardioprotetor e proteção cognitiva em mulheres idosas. Para mulheres que iniciam TRH aos 60 anos de idade ou mais, os riscos da TRT são maiores que seus benefícios, já que a TRH está associada com risco aumentado de doenças cardíacas, infarto, coágulos sanguíneos, e demência. Evidências indicam que estrógenos vaginais para tratamento de ressecamento vaginal são seguros e efetivos; mulheres com histórico de câncer de mama que não respondem a terapias não hormonais são aconselhadas a discutir os riscos e benefícios do estrógeno vaginal de baixa dose com seu profissional de saúde.	Não iniciar estrogênio sistêmico (ex., comprimidos orais ou adesivos transdérmicos). Considerar desprescrição entre mulheres que estejam utilizando este medicamento. Creme vaginal ou óvulos vaginais (forma farmacêutica): aceitável utilizar em baixas dosagens de estrogênio intravaginal para tratamento de manutenção para dispareunia, infecções recorrentes do trato urinário inferior, e outros sintomas vaginais.
Sistema gastrointestinal		
Omeprazol e outros inibidores da bomba de prótons	Risco de infecção por <i>C. difficile</i> , pneumonia, malignidades gastrointestinais, perda óssea e fraturas.	Evitar uso programado por mais de 8 semanas, exceto para pacientes de alto risco (ex. uso de corticosteroides ou uso crônico de AINEs), esofagite erosiva, esofagite de Barrett, condição hipersecretória patológica ou necessidade demonstrada para tratamento de manutenção
Metoclopramida	Pode causar efeitos extrapiramidais, incluindo discinesia tardia. O risco pode ser maior em idosos mais fragilizados e com a exposição prolongada.	Evitar.
Escopolamina e outros antiespasmódicos com forte ação anticolinérgica	Altamente anticolinérgico, efetividade incerta.	Evitar.
Óleo mineral , dado por via oral	Potencial para aspiração e efeitos adversos, com melhores alternativas disponíveis.	Evitar.
Analgésicos		

Ibuprofeno, ácido acetilsalicílico (>325 mg/dia) e outros AINEs não seletivos da COX-2	Risco aumentado de sangramento do TGI ou úlcera péptica em grupos de maior risco, incluindo aqueles com > 75 anos de idade ou sob uso de corticosteroides via oral ou parenteral, anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários. Uso de inibidores da bomba de prótons reduz, mas não elimina, o risco. Úlceras do TGI superior, hematúria ou perfuração causadas por AINEs ocorrem em ~1% dos pacientes tratados por 3-6 meses e em ~2-4% dos pacientes tratados por 1 ano; essas tendências continuam com a duração de uso mais prolongado. Também pode aumentar a pressão sanguínea e induzir dano renal. Riscos são dose-relacionados.	Evitar uso crônico a menos que outras alternativas não sejam efetivas e o paciente consegue utilizar um agente gastroprotetor (ex. inibidor da bomba de prótons). Evitar uso programado de curto prazo em combinação com corticosteroides orais ou parenterais, anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, a menos que outras alternativas não forem efetivas e o paciente possa utilizar um agente gastroprotetor (ex. inibidor da bomba de prótons).
--	---	--

Siglas utilizadas: AINEs: anti-inflamatórios não esteroidais; BZD: benzodiazepínico; CrCl: clearance de creatinina; DOAC: anticoagulantes orais diretos; INR: *International Normalized Ratio*, Razão Normalizada Internacional (ou RNI); NYHA: *New York Heart Association*; TGI: trato gastrointestinal; TRH: terapia de reposição hormonal

APÊNDICE B – LISTA DE INTERAÇÕES FÁRMACO-DOENÇA OU FÁRMACO-SÍNDROME QUE PODEM EXACERBAR A DOENÇA OU SÍNDROME

Doença ou síndrome	Medicamentos	Raciocínio	Recomendações
Sistema cardiovascular			
Insuficiência cardíaca	AINEs e inibidores da COX-2 (ibuprofeno, ácido acetilsalicílico)	Potencial de promover retenção de fluidos e/ou exacerbar a insuficiência cardíaca	Usar com cautela em pacientes com insuficiência cardíaca que são assintomáticos; evitar em paciente com insuficiência cardíaca sintomática
Síncope	Antipsicóticos: clorpromazina e olanzapina Inibidores de colinesterase: donepezila, galantamina e rivastigmina Bloqueadores periféricos alfa-1 não seletivos: doxazosina	Os antipsicóticos listados e ATC terciários aumentam o risco de hipotensão ortostática Inibidores de colinesterase causam bradicardia e devem ser evitados em idosos cuja síncope pode ser causada pela bradicardia Bloqueadores periféricos alfa-1 não seletivos causam mudanças na pressão sanguínea ortostática e devem ser evitados em idosos cuja síncope pode ser causada pela hipotensão ortostática	Evitar

	ATC terciários: amitriptilina, clomipramina, imipramina		
Sistema nervoso central			
Delirium	Medicamentos com forte ação anticolinérgica Antipsicóticos Benzodiazepínicos Corticosteroides (orais e parenterais)	Evitar em idosos que tenham delirium ou tenham alto risco devido ao potencial de induzir ou piorar o delirium Antipsicóticos: evitar para tratamento de problemas comportamentais causados pelo delirium ou demência a menos que opções não farmacológicas tenham falhado ou não sejam possíveis e o idoso esteja ameaçando dano para si ou para outros. Se for utilizado, tentativas de desprescrição periódica devem ser consideradas para avaliar necessidade de uso contínuo e/ou a menor dose efetiva Corticosteroides: se necessário, usar a menor dose possível pela menor duração de tempo e monitorar para delirium Antipsicóticos: risco aumentado de infarto e maior taxa de declínio cognitivo e mortalidade em pessoas com demência. Evitar antipsicóticos para problemas comportamentais pela demência ou delirium a menos que opções não farmacológicas documentadas tenham falhado e/ou o paciente esteja ameaçando dano substancial a si mesmo ou a outros. Se for utilizado, tentativas de desprescrição devem ser consideradas para avaliar necessidade de uso contínuo e/ou a menor dose efetiva	Evitar, exceto em situações listadas no raciocínio

	Opioides	Opioides: dados recentes destacam uma associação entre administração de opioides e delirium. Para idosos com dor, usar uma abordagem balanceada, incluindo uso de ferramentas de avaliação da dor validadas e estratégias multimodais que incluam abordagens não farmacológicas para minimizar o uso de opioides.	
Demência ou déficit cognitivo	Medicamentos com forte ação anticolinérgica Antipsicóticos, uso crônico ou uso persistente conforme necessidade Benzodiazepínicos	Evitar por causa de efeitos adversos no SNC. Ver critérios em medicamentos individuais para informações adicionais Antipsicóticos: risco aumentado de infarto e maior taxa de declínio cognitivo e mortalidade em pessoas com demência. Evitar antipsicóticos para problemas comportamentais pela demência ou delirium a menos que opções não farmacológicas documentadas tenham falhado e/ou o paciente esteja ameaçando dano substancial a si mesmo ou a outros. Se for utilizado, tentativas de desprescrição devem ser consideradas para avaliar necessidade de uso contínuo e/ou a menor dose efetiva	Evitar
Histórico de quedas ou fraturas	Medicamentos com forte ação anticolinérgica Antidepressivos: ISRS, IRSN, ATC	Pode causar ataxia, função psicomotora debilitada, síncope ou quedas adicionais. Antidepressivos das classes listadas: evidências para risco de quedas e fraturas são inconclusivas; evidências mais recentes sugerem que os IRSN podem aumentar o risco de quedas.	Evitar, a menos que outras alternativas não estejam disponíveis Antipsicóticos: evitar, exceto para ataques epiléticos e transtornos do humor

	Antiepilépticos Antipsicóticos Benzodiazepínicos Opioides	Benzodiazepínicos: os benzodiazepínicos de ação mais curta não são mais seguros que os de ação mais longa Se um desses medicamentos for utilizado, considerar a redução do uso de outros medicamentos de ação no SNC que aumentam o risco de quedas e fraturas	Opioides: evitar, exceto para manejo da dor aguda grave
Doença de Parkinson	Antieméticos: metoclopramida, prometazina Antipsicóticos (exceto clozapina, pimavanserina e quetiapina)	Antagonista dos receptores de dopamina com potencial de agravar os sintomas parkinsonianos Exceções: clozapina, pimavanserina e quetiapina parecem menos prováveis precipitar a piora da doença de Parkinson que outros antipsicóticos	Evitar
Sistema gastrointestinal			
Histórico de úlceras gástricas ou duodenais	Ácido acetilsalicílico AINEs não seletivos da COX-2	Podem exacerbar úlceras existentes ou causar úlceras novas/adicionais	Evitar a menos que outras alternativas não sejam efetivas e o paciente possa utilizar um agente gastroprotetor (ex. inibidor da bomba de prótons)

Rins/trato urinário			
Incontinência urinária (todos os tipos) em mulheres	Bloqueadores periféricos alfa-1 não seletivos: doxazosina Estrogênio (oral e transdérmico, excluindo estrogênio intravaginal)	Agravo da incontinência (bloqueadores alfa-1), falta de eficácia (estrogênio oral)	Evitar em mulheres
Sintomas do trato urinário inferior, hiperplasia prostática benigna	Medicamento fortemente anticolinérgicos, exceto antimuscarínicos para incontinência urinária	Pode reduzir o fluxo urinário e causar retenção da urina	Evitar em homens

Símbolos utilizados: AINEs: anti-inflamatórios não esteroidais; ATC: antidepressivos tricíclicos; COX-2: ciclooxigenase-2; IRSN: inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina; ISRS: inibidores seletivos da recaptação da serotonina; SNC: sistema nervoso central.

APÊNDICE C – LISTA DE MEDICAMENTOS PARA USO COM CAUTELA EM IDOSOS

Medicamento	Raciocínio	Recomendação
Antidepressivos: ISRS, IRSN, antidepressivos tricíclicos Antiepilépticos: carbamazepina Antipsicóticos Diuréticos Tramadol	Pode exacerbar ou causar SIADH ou hiponatremia; monitorar níveis de sódio quando começar tratamento ou alterar a dose	Use com cautela
Sulfametoxazol + trimetoprima	Risco aumentado de hipercalemia quando usada concomitantemente com IECA, BRA ou ARNI em presença de CrCl reduzido	Usar com cautela em pacientes
Dapagliflozina e demais medicamentos SGLT-2	Idosos podem ter risco aumentado de infecções urogenitais, especialmente mulheres no primeiro mês de tratamento. Um risco aumentado de cetoacidose diabética euglicêmica também foi vista em idosos.	Usar com cautela. Monitorar pacientes para infecções urogenitais e cetoacidose

Siglas utilizadas: ARNI: inibidores do receptor de angiotensina-neprilissina; BRA: bloqueadores de receptores da angiotensina; CrCl: clearance de creatinina; IECA: inibidores da enzima conversora da angiotensina; IRSN: inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina; ISRS: inibidores seletivos da recaptação da serotonina; SIADH: síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético; SGLT-2: inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2.

APÊNDICE D – LISTA DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM POTENCIAL CLINICAMENTE IMPORTANTE QUE DEVERIAM SER EVITADAS EM IDOSOS

Medicamento ou classe objeto	Medicamento ou classe com interação	Raciocínio do risco	Recomendação
Inibidores do sistema renina-angiotensina (inibidores da ECA, BRAs, ARNIs, alisquireno) ou diuréticos poupadores de potássio (ex. espironolactona)	Outro inibidor do SRA ou diurético poupador de potássio	Risco aumentado de hipercalcemia	Evitar uso rotineiro de 2 ou mais inibidores do SRA, ou um inibidor do SRA com um diurético poupador de potássio, concomitantemente em pacientes com doença renal crônica estágio 3a ou superior
Opioides	Benzodiazepínicos	Risco aumentado de overdose e eventos adversos	Evitar
Opioides	Gabapentina, pregabalina	Risco aumentado de eventos adversos graves relacionados à sedação, incluindo depressão respiratória e morte	Evitar. Exceções são quando estiver transicionando da terapia com opioides para gabapentina ou pregabalina, ou quando usar gabapentinoides para redução da dose dos opioides, porém cautela deve ser exercida em todas as circunstâncias.
Anticolinérgico	Anticolinérgico	Uso de mais de um medicamento com propriedades anticolinérgicas pode aumentar o risco de déficit cognitivo, delirium, e quedas ou fraturas.	Evitar; minimizar o número de medicamentos anticolinérgicos
Anticonvulsivantes (incluindo gabapentinoides) Antidepressivos (ISRS, IRSN, tricíclicos) Antipsicóticos Benzodiazepínicos	Qualquer combinação de 3 ou mais desses medicamentos psicoativos	Risco aumentado de quedas e de fraturas com uso concomitante de 3 ou mais desses agentes psicoativos	Evitar uso concomitante de 3 ou mais medicamentos psicoativos (entre os tipos listados à esquerda); minimizar o número de medicamentos psicoativos

Opioides			
Relaxantes dos músculos esqueléticos			
Lítio	IECAs (ex. captopril , enalapril) BRAs (ex. losartana) ARNIs (ex. sacubitril)	Risco aumentado de toxicidade por lítio	Evitar; monitorar concentrações de lítio
Lítio	Diuréticos de alça (ex. furosemida)	Risco aumentado de toxicidade por lítio	Evitar; monitorar concentrações de lítio
Bloqueadores periféricos alfa-1 não seletivos	Diuréticos de alça (ex. furosemida)	Risco aumentado de incontinência urinária em mulheres idosas	Evitar em mulheres idosas, a menos que suas condições justifiquem ambos medicamentos
Fenitoína	Sulfametoxazol + trimetoprima	Risco aumentado de toxicidade por fenitoína	Evitar
Varfarina	Amiodarona Ciprofloxacino Macrolídeos (excluindo azitromicina) Sulfametoxazol + trimetoprima ISRS	Risco aumentado de sangramentos	Evitar quando possível; se utilizados juntos, monitorar INR atentamente

Siglas utilizadas: ARNI: inibidores do receptor de angiotensina-neprilisina; BRA: bloqueadores de receptores da angiotensina; CrCl: clearance de creatinina; IECA: inibidores da enzima conversora da angiotensina; INR: *International Normalized Ratio*, Razão Normalizada Internacional (ou RNI); IRSN: inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina; ISRS: inibidores seletivos da recaptação da serotonina; SRA: sistema renina-angiotensina.

APÊNDICE E – LISTA DE MEDICAMENTOS QUE DEVERIAM SER EVITADOS OU TER DOSE REDUZIDA PELO NÍVEL DA FUNÇÃO RENAL EM IDOSOS

Medicamento	CrCl (mL/min) na qual ação é recomendada	Raciocínio	Recomendação
Antibióticos			
Ciprofloxacino	<30	Risco aumentado de efeitos no SNC (ex. epilepsia, confusão) e ruptura de tendões	Doses utilizadas para tratamento de infecções comuns tipicamente requerem redução quando CrCl <30 mL/min
Nitrofurantoína	<30	Potencial para toxicidade pulmonar, hepatotoxicidade e neuropatia periférica, especialmente sob uso prolongado (ver também Apêndice A)	Evitar, se CrCl <30 mL/min
Sulfametoxazol + trimetoprima	<30	Risco aumentado de piora na função renal e hipercalcemia; risco de hipercalcemia especialmente proeminente com uso concomitante de um IECA, BRA ou ARNI	Reduzir dosagem se CrCl estiver entre 15-29 mL/min. Evitar se CrCl <15 mL/min
Sistema cardiovascular e antitrombóticos			
Espironolactona	<30	Hipercalcemia	Evitar
Sistema nervoso central e analgésicos			
Gabapentina	<60	Efeitos adversos no SNC	Reduzir dose
Levetiracetam	≤80	Efeitos adversos no SNC	Reduzir dose
AINEs (não seletivos, COX-2 seletivos, e salicilatos não acetilados, via oral e parenteral)	<30	Pode aumentar o risco de danos agudos nos rins e reduzir ainda mais a função renal	Evitar
Tramadol	<30	Efeitos adversos no SNC	Liberação imediata: reduzir dose Liberação prolongada: evitar

Siglas utilizadas: AINEs: anti-inflamatórios não esteroidais; ARNI: inibidores do receptor angiotensina-neprilisina; BRA: bloqueadores de receptores da angiotensina; COX-2: ciclooxigenase-2; CrCl: clearance de creatinina; IECA: inibidores da enzima conversora da angiotensina; SNC: sistema nervoso central.