

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAPI
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E MUNICÍPIOS - SUPAT
DIRETORIA DE UNIDADE DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE - DUVAS
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - GAS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO - CASAI



*PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA*



“Envelhecer é um privilégio, uma arte, um presente. Somar cabelos brancos, arrancar folhas no calendário e fazer aniversário deveria ser sempre um motivo de alegria. De alegria pela vida e pelo que estar aqui representa. Todas as nossas mudanças físicas são reflexo da vida, algo do que nos podemos sentir muito orgulhosos.”

Clarice Lispector

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí – SESAPI

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total deste Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa desta Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, desde que citada a fonte, que não seja para venda ou qualquer outro fim comercial.

Organização, Redação e Sistematização SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ

Avenida Pedro Freitas – Centro Administrativo de Teresina – Bloco A, Teresina – Piauí – CEP: 64.018-900

E-mail: www.saude.pi.gov.br

Ficha Catográfica

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa desta Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa. 1ª Ed. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí Sousa, AM; Filho, LO (Elaboradores e Organizadores). 2024. 69 p (Normas e manuais).

Governador

Rafael Tajra Fonteles

Secretário de Estado da Saúde

Antonio Luiz Soares Santos

Superintendência de Atenção Primária à Saúde e Municípios (SUPAT)

Leila Marília da Silva Santos

Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde (DUVAS)

Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé

Gerência de Atenção à Saúde (GAS)

Francisca Josellia Moreira da Silva

Coordenação da Saúde do Adulto e do Idoso (CASAI)

Luciana Sena de Sousa

Elaboração e Organização

Anailza de Macedo Sousa

Lourival Oliveira Filho

Áreas Técnicas que compõem o Grupo Condutor Estadual de Atenção à Pessoa Idosa (GCEAPI)

Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde – DUVAS
Diretoria de Assistência Farmacêutica - DUAF
Diretoria de Unidade de Descentralização e Organização Hospitalar – DUDOH
Diretoria de Unidade de Planejamento - DUP
Diretoria de Unidade de Controle, Avaliação e Auditoria - DUCARA
Diretoria de Atenção à Saúde Mental - DASM
Gerência de Atenção Básica - GAB
Gerência de Atenção à Saúde - GAS
Gerência de Desenvolvimento e Qualificação – GDQ
Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso – CASAI
Coordenação de Análise e Tendência
Coordenação de Saúde da Mulher
Coordenação de Epidemiologia
Coordenação de Equidade
Coordenação de Doenças Transmissíveis
Coordenação de Atenção a Pessoa com Deficiência
Coordenação de Imunização
Complexo Regulador Estadual (CERAS, CEHIR e SAMU)

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	8
2. INTRODUÇÃO	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	22
4. LINHA DE CUIDADO À SAÚDE INTEGRAL DA PESSOA IDOSA	24
4.1 Heterogeneidade do Envelhecimento	27
5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	27
5.1 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	27
5.2 Pontos de Atenção da Rede de Saúde da Pessoa Idosa	40
6. AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA	41
6.1 Avaliação da Capacidade Funcional	44
6.2 Fragilidade	45
6.3 Classificação Clínico Funcional da Pessoa Idosa	48
6.4 Instabilidade Postural e Quedas	51
6.5 Estratificação de Risco da Pessoa Idosa na APS	52
7. PROCESSOS DE TRABALHO	53
7.1 Atribuições dos Profissionais da Equipe	54
7.2 Ações nos Serviços de Saúde	55
7.3 Ações Relacionadas a Sinais de Violência contra Pessoas Idosas	56
7.4 Ações Relacionadas à Prescrição de Medicamentos para Pessoas Idosas	57
7.5 Ações Relacionadas à Desprescrição de Medicamentos para Pessoas Idosas	57
7.6 Ações Relacionadas ao Agendamento das Consultas de Acompanhamento	58
7.7 Ações Relacionadas ao Encaminhamento para a Atenção Secundária	58
7.8 Cuidados Prolongados	59
7.9 Cuidados Paliativos	60
8. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	60
9. INDICADORES DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO	61
10. ANEXOS	68
11. REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade.....	13
Figura 2 - Distribuição etária da população piauiense.....	14
Figura 3 - Modelo simplificado da Rede da Saúde da Pessoa Idosa (Fonte: SES/SC, 2017).....	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População Idosa do Estado do Piauí maiores de 60 anos de 1980 a 2022.....	14
Quadro 2 - Composição da população idosa por faixa etária . PI/Brasil. 2022.....	15
Quadro 3 – Número e proporção de idosos na população, por estrato etário, Piauí, 2021.....	17
Quadro 4 – Consolidação por Macrorregião do número e proporção de idosos na população, por estrato etário, Piauí, 2021.....	17
Quadro 5 - Número e proporção de idosos, segundo sexo, Piauí, 2021.....	18
Quadro 6 - Índice de envelhecimento no Piauí, 2021.....	19
Quadro 7 – Regulação de Internação Hospitalar – 60 anos ou mais por Especialidade nos anos de 2018 a 2022..	21
Quadro 8 – Total de Pessoas com Deficiência com 60 ou +.....	22
Quadro 9 – Pontos da Rede de Atenção à Saúde do Idoso no Piauí.....	39
Quadro 10 - Escala de Katz.....	42
Quadro 11 - Escala de Lawton.....	43
Quadro 12 - Número de idosos segundo capacidade para realizar as atividades diárias./PI, 2019.....	44
Quadro 13 - Classificação Clínico-Funcional do Idoso.....	48
Quadro 14 -Número e Taxa de Mortalidade (por 100mil habitantes) por quedas em idosos nas Regiões de Saúde, Piauí, 2019 a 2023.....	49
Quadro 15 - Escala Ambiental do Risco de Quedas.....	51
Quadro 16 - Estratificação de Risco e Grau de Fragilidade da Saúde do Idoso.....	51
Quadro 17 – Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES – 13).....	52
Quadro 18 - Atribuições dos profissionais da APS na Atenção ao Idoso.....	53
Quadro 19 - Detalhamento das ações nos serviços de saúde.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÔNIOS, SIGLAS

AB - Atenção Básica	NT - Norma Técnica
ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas	OMS - Organização Mundial de Saúde
ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária	PICs - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
AGA - Avaliação Geriátrica Ampla AAGA	PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
AMD - Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso	PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
ACS - Agente Comunitário de Saúde	PSB - Proteção Social Básica
AD - Atenção Domiciliar	PSE - Proteção Social Especial
AVD - Atividades da Vida Diária	PTS - Projeto Terapêutico Singular
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária	RAS - Rede de Atenção à Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde	RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
CEO - Centro Especializado Odontológico	SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social	SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social	SISAP - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis	SUAS - Sistema Único de Assistência Social
eAB - equipe de Atenção Básica	SUS - Sistema Único de Saúde
ESF - Estratégia de Saúde da Família	UBS - Unidade Básica de Saúde
GAS - Gerência de Atenção Básica	UCP - Unidades de Cuidados Prolongados
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio	UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	VES-13 - Vulnerable Elders Survey (Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável)
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos	
ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária da Saúde	
MS - Ministério da Saúde	
E- MULT – Equipe Multiprofissional	

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa revela o empenho que o Governo do Estado do Piauí, através da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí – SESAPI, por meio das suas áreas técnicas, componentes do Grupo Condutor Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, vêm realizando no sentido de garantir uma atenção de qualidade à saúde da pessoa idosa

Este documento visa orientar os municípios do estado do Piauí na implementação da “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa”, sendo elaborado pela Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SUPAT), através da Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde (DUVAS), da Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e da Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso (CASAI) do Piauí.

O Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa e a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa sugere contribuir com o Estado e os Municípios do Piauí na estruturação da atenção e desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para a pessoa idosa, com prioridade para o planejamento e execução de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação, norteadas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A elaboração desta linha de cuidado baseou-se na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo I do anexo XI, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo XXII do anexo XI que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as orientações técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde.

Com base no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2015, o principal fator de manutenção da capacidade funcional é o envelhecimento saudável, permitindo assim o bem-estar na idade avançada”. Em 2022, a OMS, através do referido relatório aponta a mudança climática, como fator prejudicial ao bem estar da pessoa idosa, por outro lado reconhece o uso da inteligência artificial através do avanço tecnológico e a eliminação do preconceito de idade como fatores essenciais para a melhoria e bem-estar dos idosos.

A condição de vida que mensura a **capacidade funcional da pessoa idosa** é entendida como a habilidade do idoso de executar atividades que permitam cuidar de si próprio e viver independente em seu meio.

É importante ressaltar que tal definição é avaliada conforme as alterações nas funções orgânicas devido, exclusivamente, aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, o que não inviabiliza uma pessoa de ser social e intelectualmente ativa. A saúde intelectual e física é primordial nesse processo. Essas podem ser mantidas por meio de atividades sociais e de lazer, que impedem que o indivíduo, em fase de envelhecimento, se sinta excluído da sociedade e incapacitado de exercer funções.

Para os países em desenvolvimento, idoso é toda pessoa a partir de 60 anos de idade, diferentemente dos países desenvolvidos que essa idade sobe para 65 anos. O limite de 60 anos foi adotado no Brasil e é o considerado no Estatuto do Idoso e nas políticas brasileiras relacionadas ao envelhecimento.

Há uma crescente aceleração no processo de envelhecimento populacional em todo o mundo. No Brasil, esse crescimento teve início na década de 1960, a partir do declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade (OMS, 2005).

Com o aumento do número de idosos o panorama epidemiológico vem sofrendo significativas mudanças, com predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sobre as doenças infecciosas que ainda subsistem, somando-se às questões relacionadas à violência.

Com maior prevalência das DCNT, as multimorbidades podem afetar os idosos quanto à dinâmica das condições de **independência** e **autonomia** (MORAES e AZEVEDO, 2016).

Independência: capacidade de realizar algo com os seus próprios meios, sem a ajuda de outra pessoa.

Autonomia: capacidade do indivíduo de decisão e comando sobre as próprias ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções (MORAES e AZEVEDO, 2016).

2. INTRODUÇÃO

O Contexto atual, onde grande parte da população idosa é acometida por um grande número de doenças crônicas ao mesmo tempo (pluri patologia) é muito frequente e recai na necessidade de envolvimento de diversos profissionais e na utilização de vários medicamentos (polifarmácia), facilitando a ocorrência de iatrogenias, que são intervenções inadequadas realizadas por profissionais da saúde, por desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento, causadoras de prejuízo à saúde.

Há doenças que manifestam-se de maneira atípica e há condições que, por serem tão comuns na população idosa, foram denominadas de principais Síndromes Geriátricas: Instabilidade Postural e Quedas, Incontinência (urinária e fecal), Incapacidade Cognitiva (demência, *delirium*, depressão e doença mental), Imobilidade, Úlceras de Pressão e Iatrogenia. Qualquer agravo à saúde do idoso pode se manifestar ou determinar o surgimento de uma ou mais dessas grandes síndromes geriátricas. Essas condições são multifatoriais, associam-se à perda da independência e da autonomia e têm manejo complexo.

A presença familiar é também um fator fundamental para o bem-estar biopsicossocial do idoso e sua ausência (insuficiência ou desajuste familiar) é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e de independência do idoso. A capacidade comunicativa (que depende da integridade de visão, audição e motricidade orofacial) é outro dos determinantes da funcionalidade global. Assim, atualmente, sugere-se que a Insuficiência Familiar e a Incapacidade Comunicativa sejam incorporadas às grandes síndromes geriátricas.

A qualidade de vida da pessoa idosa está associada aos aspectos multidimensionais: físico, mental (cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, o bem-estar reflete a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios. O comprometimento de qualquer uma das dimensões citadas pode afetar a capacidade funcional (capacidade de manter-se independente e autônomo) do idoso.

Para entender a dinâmica da saúde do idoso é necessário considerar como fundamentais os seguintes conceitos: *fragilidade*, *incapacidade* e *dependência*, estes devem ser levados em conta na elaboração e implementação de políticas públicas voltadas a esse público.

A fragilidade pode ser definida como a redução da reserva de estabilidade ou do equilíbrio das funções do organismo e de suas composições químicas, e/ou da capacidade de adaptação do indivíduo às agressões biopsicossociais, com maior vulnerabilidade a desfechos indesejáveis como declínio funcional; a dependência ou incapacidade funcional é a dificuldade para a realização de tarefas essenciais para uma vida independente, incluindo as atividades de autocuidado e as domiciliares, com necessidade da ajuda de outra pessoa ou de alguma adaptação do ambiente, mobiliário e/ou da forma de execução. Todos esses fatores devem ser identificados precocemente para que sejam possíveis a prevenção e a promoção da qualidade de vida no envelhecimento.

Outro conceito, que vem sendo a cada dia mais valorizado na atenção da pessoa idosa é a síndrome clínica caracterizada pela perda progressiva e generalizada de massa muscular esquelética e da função muscular, também conhecida como *sarcopenia*, representada pela redução de força muscular e desempenho funcional, o que pode gerar efeitos adversos como queda, dependência funcional, hospitalização, institucionalização e morte (MORAES; AZEVEDO, 2016).

Muitas são as alterações que ocorrem no organismo de quem envelhece, e elas precisam ser conhecidas para subsidiar a diferenciação das alterações normais do envelhecimento (senescência), daquelas associadas ao envelhecimento patológico (senilidade).

Com base no exposto, fica evidente que os serviços de saúde terão cada vez mais que capacitar-se para atender a um usuário diferente: mais idoso, com fisiologia, apresentação clínica e patologias particulares, que passa mais tempo enfermo, com comorbidades, polimedicado, com grande potencial de incapacitar-se diante de um problema de saúde e com maiores necessidades de serviços de reabilitação e cuidados paliativos. Apesar do envelhecimento populacional destacar o sucesso de políticas públicas de saúde, econômicas e sociais, ele traz inúmeros desafios para todas as áreas.

Nesta conjuntura, em conformidade com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, e buscando superar os desafios que permanecem em relação à Saúde da Pessoa Idosa no estado do Piauí, este Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa e esta Linha de Cuidado configuram-se como um modo de organizar estrategicamente a atenção integral e longitudinal à saúde desta população na RAS. Tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde, assim como responsável por promover a articulação e integração de ações com as demais políticas públicas.

No entanto, para garantir um atendimento diferenciado na sua integralidade é preciso incorporar mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção ao contingente idoso, tendo o envolvimento e a qualificação dos profissionais da APS como destaque para os que atuam nas Equipes Multiprofissionais - E-MULT, (antigos NASF), somando atualmente 263 no estado, distribuídos em todos os municípios e 1.314 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), contemplando os 224 municípios do Piauí. (CNES 2023).

Os pontos de atenção incluem também os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no total de 67 em todo o estado, sendo assim classificados: 45 CAPS tipo I, 10 CAPS tipo II, 06 CAPS tipo AD II, 01 CAPS tipo III e 02 CAPS tipo AD III. Para complementar a Atenção Integral à Saúde do Idoso, o Programa Academia da Saúde está presente em 183 municípios do estado do Piauí e tem como objetivo as práticas de cuidado em saúde, incluindo práticas corporais e atividades físicas, produção dos cuidados e dos modos de vida saudáveis, promoção da alimentação saudável, práticas integrativas e complementares, práticas artísticas e culturais, educação em saúde, mobilização da comunidade e também o planejamento e gestão, tanto os serviços de saúde quanto os de outros setores, como os dispositivos da assistência social, bem como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), em número de 02 (duas), sob gestão estadual, localizadas 01 em Teresina e outra na cidade de Parnaíba, sendo diretamente administradas pela Secretaria de Assistência Social do Estado do Piauí (SASC); as instituições da justiça e dos direitos humanos; as entidades e associações comunitárias; equipamentos e pontos de cultura; esportes; lazer e educação; dentre outros são necessários à integralidade do cuidado e à construção da intersetorialidade, muito embora ainda não sejam formalmente interligadas no nosso estado.

No estado do Piauí a atenção à saúde da população idosa tem como porta de entrada preferencialmente a Atenção Primária à Saúde (APS). Cabe considerar que a APS está implantada em todos os municípios piauienses, somando um total de 1.392 (um mil, trezentas e noventa e duas equipes). Segundo o Cadastro Nacional de Equipes de Saúde da Família – CNES (julho de 2023).

É de responsabilidade dos gestores estadual e municipal garantir a atenção às pessoas idosas em seu território pelas equipes. Para tanto, a implantação, junto às equipes de saúde, deste Plano e desta Linha de Cuidado na RAS, pressupõe:

- Apresentar princípios, diretrizes e objetivos norteadores das ações estratégicas em prol da melhor qualidade de vida da Pessoa Idosa;
- Conhecer, reconhecer, monitorar, acompanhar e avaliar as necessidades de saúde das pessoas idosas, considerando sua capacidade funcional e a heterogeneidade dos processos de envelhecimento;
- Definir as funções, responsabilidades e competências de cada nível de atenção na produção do cuidado à pessoa idosa;
- Estabelecer normas e fluxos entre os níveis e pontos de atenção, no que diz respeito ao acesso e cuidado ofertado às pessoas idosas;

- Mapear, organizar e articular os recursos dos diferentes territórios, serviços e pontos de atenção da RAS para proporcionar a atenção integral, considerando as articulações intersetoriais necessárias;
- Promover a Educação Permanente dos profissionais da RAS e estabelecer parcerias com outros setores, para a realização de educação permanente da rede intersetorial, quanto ao processo de envelhecimento e de cuidado da população assistida.

2.1 Objetivo Geral

- Implantar o **Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa e a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa** no Estado do Piauí;

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Implementar ações estratégicas de atenção à saúde da população idosa, tendo como diretriz as normativas vigentes;
- ✓ Sensibilizar os gestores municipais de saúde para o desenvolvimento das ações estratégicas de saúde da pessoa idosa;
- ✓ Capacitar equipes multidisciplinares, para implementar ações estratégicas da Linha de Cuidado da Pessoa Idosa, com estratificação de risco e tendo a atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado;
- ✓ Fortalecer por intermédio de pactuação em Comissão Intergestora Bipartite (CIB) a integração dos três níveis de atenção, como forma de garantir a longitudinalidade e integralidade necessária ao cuidado da pessoa idosa;
- ✓ Implementar a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e/ou Ficha Espelho na APS.

3. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

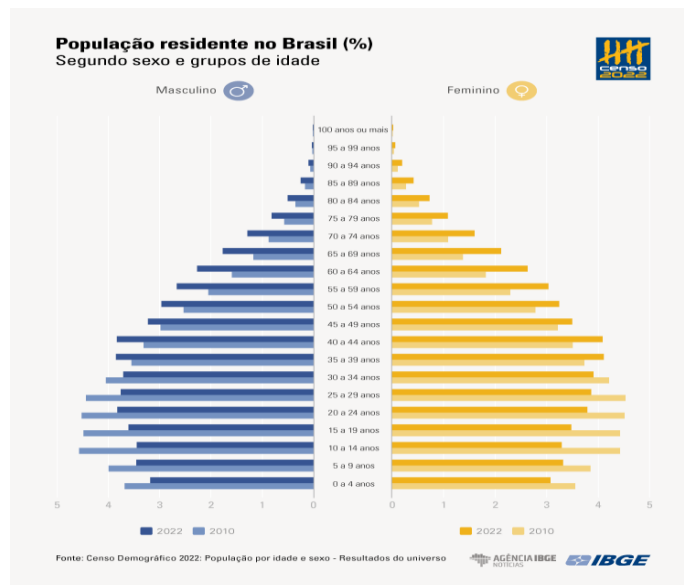
A Atenção Primária à Saúde (APS) envolve um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que compreendem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b).

Com a finalidade de preconizar essa responsabilidade sanitária, observa-se que no estado do Piauí, assim como no Brasil há um acelerado processo de envelhecimento da população. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida dos brasileiros tem aumentado progressivamente e, em 2022, alcançou uma média de **75,5** anos, sendo 79,0 anos para as mulheres e 72,0 anos para os homens. *O aumento da população de 65 anos ou mais*

em conjunto com a diminuição da parcela da população de até 14 anos no mesmo período, que passou de 24,1% para 19,8%, evidenciam o franco envelhecimento da população brasileira.

Desta forma é possível visualizar uma inversão da pirâmide etária, onde dentre alguns anos a população idosa será superior à infanto-juvenil.

Figura 1- Distribuição da população sexo, segundo os grupos de idade.



Fonte: CENSO IBGE 2022

No Piauí, em 2022, a população idosa apresentou uma média de 58,1% de mulheres e 48,2% de homens, totalizando **10,7 %** da população, atingindo um índice de envelhecimento de **51,1%** (IBGE, 2022).

Este dado é importante para o processo de conscientização da necessidade de elaboração e implementação de um Plano e uma Linha de Cuidado que compreenda e atenda a necessidade de cuidar da saúde das pessoas idosas do nosso estado de maneira integral.

“Ao longo do tempo, a base da pirâmide etária foi se estreitando devido à redução da fecundidade e dos nascimentos que ocorrem no Brasil. Essa mudança no formato da pirâmide etária passa a ser visível a partir dos anos 1990 e a pirâmide etária do Brasil perde, claramente, seu formato piramidal a partir de 2000. O que se observa ao longo dos anos, é redução da população jovem, com aumento da população em idade adulta e também do topo da pirâmide até 2022”, analisa o IBGE, conforme mostra a tabela abaixo:

Quadro 1- População Idosa do Estado do Piauí maiores de 60 anos de 1980 a 2022.

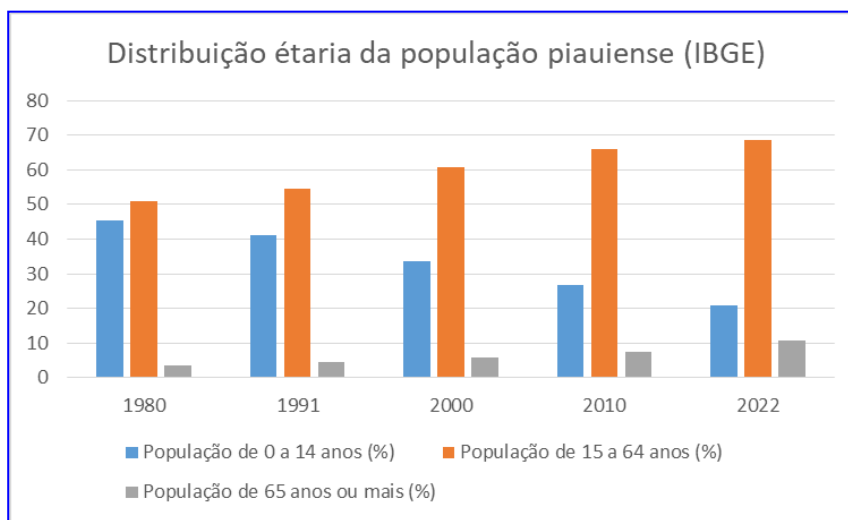
Ano	População de 0 a 14 anos (%)	População de 15 a 64 anos (%)	População de 65 anos ou mais (%)
1980	45,5	50,8	3,7
1991	41,0	54,4	4,5
2000	33,6	60,7	5,7
2010	26,6	65,9	7,5
2022	20,8	68,5	10,7

Fonte: CENSO IBGE 2022

Obs.: os dados contabilizados pela análise do IBGE 2022, obedecem o corte de 65 anos ou mais para manter comparabilidade internacional, onde a população é considerada idosa a partir de 65 anos.

O Estado do Piauí teve um acréscimo significativo no número de habitantes maiores de 60 anos de 1980 até 2022, o que contabiliza uma diferença de 7% da população nessa faixa etária, isso significa que há um grande desafio a ser enfrentado pelo estado, sobretudo no campo da saúde, visto que será necessário implementar ações eficazes a curto e médio prazo, contemplando as especificidades de cada grupo, conforme sua estratificação de risco e grau de fragilidade da saúde para que nenhuma pessoa acima de 60 anos seja negligenciada.

Figura 2- Distribuição etária da população piauiense.



Fonte: CENSO IBGE 2022

Através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) o IBGE 2022, aponta que 11,04% da população piauiense tem 65 anos ou mais de idade, contabilizando um aumento de 42,7% em relação ao censo anterior. Em 2050 a estimativa é que a nossa população idosa representará cerca de 40%, enquanto a previsão de crianças é de 14% da população (BRASIL, 2022).

O aumento da expectativa de vida é uma conquista social importante, resultante da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços de saúde preventivos e curativos, avanço da tecnologia, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda,

entre outros determinantes. A composição e distribuição da população idosa do Piauí (PI) é de **433.439** com idade igual ou maior que 60 anos atualmente.

Quadro 2 - Composição da população idosa por faixa etária . PI/Brasil. 2022

Faixa Etária	Geral		Homens		Mulheres	
	nº	%	nº	%	nº	%
80 anos e +	61.095	14,1				
70 a 79 anos	134.225	31,0				
60 a 69 anos	238.119	54,9				
TOTAL	433.439	100	188.228	43,42	245.211	56,58

Fonte: DATASUS/SUPAT/DUVAS/GVS/COORD.ANÁLISE

O Quadro destaca a diferença entre os gêneros. As mulheres lideram a longevidade, vivem mais no estado, sendo que a expectativa de vida para as mulheres atualmente é de 79,0 anos, já para os homens é de 72,6 anos.

A elaboração deste documento foi pensado a partir de um olhar minucioso sobre um amplo conjunto de documentos preconizados pela Organização das Nações Unidas (ONU) no que concerne à qualidade no envelhecimento da população do estado, como: Plano Nacional de Combate à Violência Contra a Pessoa Idosa, tendo por princípio a participação social; o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento que tem por metas principais “fortalecer a capacidade dos países para abordar de maneira efetiva o envelhecimento de sua população e atender às preocupações e necessidades especiais das pessoas de mais idade.”; O Estatuto do Idoso, dentre outros.



O Piauí está dividido em quatro (04) macrorregiões de Saúde: Litoral, composto por 34 municípios, que abrange as regiões de Saúde, Cocais e Planície Litorânea; Meio Norte, composta pelas regiões de saúde Entre Rios e Carnaubais, contendo 46 municípios; Semiárido com 70 municípios, abrangendo as regiões de saúde: Vale do Canindé, Vale do Sambito, Vale do Rio Guaribas e Vale do Rio Itaim e Cerrado com 74 municípios, representando a população da Chapada das Mangabeiras, Serra da Capivara, Tabuleiros do Alto Parnaíba e Vale dos Rios Piauí e Itaueira. Os limites das regiões de saúde são definidos pelas suas características socioambientais.

Quadro 3 – Número e proporção de idosos na população, por estrato etário, Piauí, 2021.

Região de Saúde (CIR)	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e mais		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Cocais	28.792	54,1	16.613	31,2	7.800	14,7	53.205
Planície Litorânea	18.300	53,7	10.771	31,6	4.996	14,7	34.067
Carnaubais	13.401	52,8	8.131	32,0	3.847	15,2	25.379
Entre Rios	90.898	57,4	47.119	29,8	20.308	12,8	158.325
Vale do Canindé	8.106	53,2	4.861	31,9	2.271	14,9	15.238
Vale do Rio Guaribas	27.510	53,1	16.738	32,3	7.525	14,5	51.773
Vale do Sambito	9.387	51,7	5.752	31,7	3.015	16,6	18.154
Chapada das Mangabeiras	12.610	55,2	7.024	30,7	3.217	14,1	22.851
Serra da Capivara	9.964	53,0	6.015	32,0	2.814	15,0	18.793
Tabuleiros do Alto Parnaíba	2.751	57,1	1.439	29,9	624	13,0	4.814
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	16.400	53,2	9.762	31,7	4.678	15,2	30.840
Total	238.119	54,9	134.225	31,0	61.095	14,1	433.439

Fonte: DATASUS/SUPAT/DUVAS/GVS/COORD.ANÁLISE

Dentre as Regiões de Saúde do Estado do Piauí, a que apresenta o maior número de pessoas idosas por extrato etário é a Entre Rios, região está que abrange 31 municípios, dentre eles a capital Teresina, seguidas pela região de Cocais e Vale do Rio Guaribas (antes da subdivisão da região em 2 (duas)).

Quadro 4 – Consolidação por Macrorregião do número e proporção de idosos na população, por estrato etário, Piauí, 2021.

Macrorregião	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e mais		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Litoral	47.092	19,78	27.384	20,4	12.796	20,94	87.272
Meio Norte	104.299	43,80	55.250	41,16	24.155	39,53	159.573
Semiárido	45.003	18,89	27.351	20,37	12.811	20,97	45.043
Cerrados	41.725	17,52	24.240	18,05	11.333	18,54	77.298
Total	238.119	54,9	134.225	31,0	61.095	14,1	433.439

Fonte: DATASUS/SUPAT/DUVAS/GVS/COORD.ANÁLISE

Segundo o IBGE (CENSO 2022), O Piauí encontra-se em 23º lugar em relação ao IDH, No que diz respeito à longevidade do país, o nosso estado está com 3,4 anos abaixo da média nacional, o que tem relação com a qualidade de vida nos municípios piauienses. Nesta qualidade incluem-se fatores como renda, educação, alimentação, atividade física e acesso a serviços de saúde.

Quadro 5 – Número e proporção de idosos, segundo sexo, Piauí, 2021.

Região de Saúde (CIR)	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Cocais	24.179	12,8	29.026	11,8
Planície Litorânea	14.761	7,8	19.306	7,9
Carnaubais	11.571	6,1	13.808	5,6
Entre Rios	63.897	33,9	94.428	38,5
Vale do Canindé	6.760	3,6	8.478	3,5
Vale do Rio Guaribas	23.587	12,5	28.186	11,5
Vale do Sambito	7.987	4,2	10.167	4,1
Chapada das Mangabeiras	10.816	5,7	12.035	4,9
Serra da Capivara	8.707	4,6	10.086	4,1
Tabuleiros do Alto Parnaíba	2.369	1,3	2.445	1,0
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	13.594	7,2	17.246	7,0
Total	188.228	100	245.211	100

Fonte: DATASUS/SUPAT/DUVAS/GVS/COORD.ANÁLISE

Segundo a classificação por sexo, todas as Regiões de Saúde do estado apresentam um número maior de pessoas idosas do sexo feminino.

O índice de envelhecimento de uma população se dá através do aumento da proporção de pessoas idosas na população total, em detrimento da população infantil e jovem. Esse fenômeno é causado por dois fatores principais: aumento da expectativa de vida e redução da taxa de fecundidade. No Piauí, apenas a região Chapada das Mangabeiras apresenta um percentual menor que 50% de índice de envelhecimento, 38,3%, as demais ultrapassam os 50%.

Quadro 6 – Índice de envelhecimento no Piauí, 2021.

Região de Saúde (CIR)	Menor de 15 anos	60 anos e mais	Índice de Envelhecimento
Cocais	93539	53205	56,9
Planície Litorânea	63526	34067	53,6
Carnaubais	34864	25379	72,8
Entre Rios	262071	158325	60,4
Vale do Canindé	24131	15238	63,1
Vale do Rio Guaribas	79768	51773	64,9
Vale do Sambito	21646	18154	83,9
Chapada das Mangabeiras	12556	4814	38,3
Serra da Capivara	21080	14900	70,7
Tabuleiros do Alto Parnaíba	721675	433439	60,1

Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	93539	53205	56,9
Total	63526	34067	53,6

Fonte: DATASUS/SUPAT/DUVAS/GVS/COORD.ANÁLISE

Regulação hospitalar significa o acesso do usuário aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a partir da identificação da necessidade desse paciente idoso ele é direcionado ao local mais adequado para o seu atendimento. No Piauí nos anos de 2018 a 2023, tivemos os seguintes números de solicitações de regulação hospitalar para o público acima de 60 anos, conforme as especialidades informadas:

Quadro 7 – Regulação de Internação Hospitalar – 60 anos ou mais por Especialidade de 2018 a 2022.

REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA				
ESTABELECEMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha - HUT	30,09%	Teresina	Teresina	2018
Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha - HUT	27,58%	Teresina	Teresina	2019
Hospital Regional de Campo Maior	11,86%	Campo Maior	Campo Maior	2020
Hospital Regional de Campo Maior	11,80%	Campo Maior	Campo Maior	2021
Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha - HUT	26,91%	Teresina	Teresina	2022
REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
CIRURGIA VASCULAR				
ESTABELECEMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Regional Justino Luz	15,44%	Picos	Campo Maior	2018
Hospital Regional Justino Luz	13,76%	Picos	Piripiri	2019
Hospital Regional Justino Luz	11,57%	Picos	Altos	2020
Hospital Regional Justino Luz	11,38%	Picos	Altos	2021
Hospital Regional Justino Luz	13,19%	Picos	Altos	2022
REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
PNEUMOLOGIA				
ESTABELECEMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde	5,05%	São Raimundo Nonato	União	2018
REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
ONCOLOGIA				
ESTABELECEMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Estadual Nossa Senhora do Livramento	4,79%	União	Oeiras	2022

REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
CARDIOLOGIA				
ESTABELECIMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Regional De Campo Maior	10,57%	Campo Maior	Picos	2018
Hospital Regional De Campo Maior	11,96%	Campo Maior	Pedro II	2019
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde	8,57%	Parnaíba	José de Freitas	2020
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde	8,45%	Parnaíba	José de Freitas	2021
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde	9,75%	Floriano	Parnaíba	2022
REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
CIRURGIA GERAL				
ESTABELECIMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Regional Chagas Rodrigues	7,51%	Piripiri	Altos	2018
Hospital Regional Chagas Rodrigues	8,45%	Piripiri	Parnaíba	2019
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Renascença	8,18%	Piripiri	Pedro II	2020
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Renascença	7,99%	José de Freitas	Pedro II	2021
Hospital Regional Tibério Nunes	9,78%	Parnaíba	União	2022
REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
NEUROLOGIA				
ESTABELECIMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Regional Deolindo Couto	4,62%	Bom Jesus	Floriano	2018
Hospital Regional Senador Cândido Ferraz	5,41%	Parnaíba	União	2019
Hospital Regional Chagas Rodrigues	7,55%	União	Parnaíba	2020
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Promorar	5,77%	Pedro II	Picos	2021
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Renascença	4,94%	Oeiras	Piripiri	2022
REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
NEUROCIRURGIA				
ESTABELECIMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Regional Senador Cândido Ferraz	5,17%	Oeiras	José de Freitas	2018
Hospital Regional Chagas Rodrigues	8,45%	Piripiri	Parnaíba	2019
Unidade Mista de Saúde Dr Antonio Pereira A. Martins - Buenos Aires	8,04%	Oeiras	Piripiri	2020
Unidade Mista de Saúde Dr Antonio Pereira A. Martins - Buenos Aires	6,47%	Piripiri	Piripiri	2021
Hospital de Altos Instituto de Saúde Jose Gil Barbosa	6,26%	Altos	Pedro II	2022
REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
UROLOGIA				
ESTABELECIMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Regional Eustáquio Portela	4,86%	Valença do Piauí	Pedro II	2018
Hospital Dr. José da Rocha Furtado	4,69%	São Raimundo Nonato	José de Freitas	2019
Hospital Dr. José da Rocha Furtado	6,39%	Altos	Água Branca	2020

REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
CIRURGIA TORÁCICA				
ESTABELECIMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Unidade Integrada de Saúde Dr Miguel Couto - Monte Castelo	4,86%	Parnaíba	Oeiras	2018
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Promorar	6,15%	José de Freitas	Picos	2020

REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
INFECTOLOGIA - COVID-19 -				
ESTABELECIMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Estadual Julio Hartman – NÃO UTI	4,59%	União	Picos	2019
Hospital De Urgência De Teresina Professor Zenon Rocha – HUT - NÃO UTI	21,36%	Teresina	Teresina	2020
Hospital De Urgência De Teresina Professor Zenon Rocha – HUT - NÃO UTI	25,98%	Teresina	Teresina	2021
Hospital Regional Chagas Rodrigues - UTI	6,39%	Oeiras	Parnaíba	2021
Hospital Dr. José da Rocha Furtado - UTI	4,88%	São Raimundo Nonato	Barras	2022

REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
CIRURGIA CARDÍACA				
ESTABELECIMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Regional Eustáquio Portela	4,43%	Esperantina	Oeiras	2019

REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CERIH - POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS				
TERAPIA INTENSIVA ADULTO - UTI				
ESTABELECIMENTOS	PERCENTUAL	CIDADE SOLICITANTE	CIDADE DE RESIDÊNCIA	ANO
Hospital Dr. José da Rocha Furtado	6,35%	Altos	Água Branca	2021
Hospital Regional De Campo Maior	11,84%	Campo Maior	Campo Maior	2022

Quanto ao item Regulação para internação observa-se que as colunas: cidade solicitante e cidade de residência apresentam, em grande parte dos casos, uma enorme disparidade se for levado em conta a ideia de localização geográfica, o que suscita a necessidade de reflexão quanto a oferta dos serviços regulados, pois demonstra que os idosos foram encaminhados para o atendimento aos serviços de saúde em cidades muito distantes da sua cidade de residência.

Considera-se Pessoa com deficiência (PCD) todo cidadão que têm impedimento de médio ou longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o que, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Quadro 8 – Total de Pessoas com Deficiência com 60 ou +.

Regiões de Saúde	Total População Geral	Total População com pelo Menos uma Deficiência	%	Total População com Deficiência (60 anos ou mais)	%
Cocais	385.072	107.631	27,95%	28.115	26,12%
Planície Litorânea	265.202	73.478	27,70 %	20.391	27,75 %
Carnaubais	157.071	47.244	30,08 %	15.086	31,93 %
Entre Rios	1.166.815	315.884	27,07 %	80.350	25,44 %
Vale do Canindé	102.129	33.106	32,41 %	9.909	29,93 %
Vale do Rio Guaribas	359.863	95.702	26,59 %	29.874	31,22 %
Vale do Sambito	104.024	32.769	31,50 %	11.159	34,05 %
Chapada das Mangabeiras	187.457	48.584	25,91%	13.585	27,96 %
Serra da Capivara	140.738	34.611	24,59%	10.321	29,82 %
Tabuleiros do Alto Parnaíba	44.665	11.162	24,99%	2.934	26,29 %
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	202.961	59.456	29,29%	18.647	31,36 %
Total	3.115.997			240.371	7,7%

Fonte: DATASUS/SUPAT/DUVAS/GVS/COORD.ANÁLISE

No estado do Piauí mais de 240 mil pessoas com idade igual ou superior a 60 anos é acometido por pelo menos um tipo de deficiência, isso significa que é necessário a implementação de políticas públicas voltadas especificamente para este público, sobretudo a acessibilidade nas estruturas físicas dos locais onde são ofertados os serviços de saúde.



*LINHA DE CUIDADO DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA*

4. LINHA DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

4.1 Heterogeneidade do Envelhecimento



Assim como em toda e qualquer fase da vida, o processo de envelhecimento apresenta peculiaridades e expressa incontáveis desigualdades sociais, estas disparidades impactaram em mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, exigindo novas formas de cuidado, prioritariamente os cuidados prolongados e atenção domiciliar.

Relacionado a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e de casamentos/união, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social (IBGE, 2016).

Assim como as causas do envelhecimento são heterogêneas, também o são as condições e a prevalência de mortalidade e morbidade, por isso é importante classificar as causas dessas morbimortalidades para assim adotar com eficiência um modelo de atenção às condições crônicas e agudas, decorrentes de causas externas e de condições crônicas agudizadas.

Grande parte das pessoas idosas são portadores de doenças ou anomalias no organismo, mas nem sempre esse quadro significa impreterivelmente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel enquanto cidadão.

Diante da transição do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, é imprescindível implantar atenção organizada em Linha de Cuidado que permite organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) a partir das necessidades dos idosos, identificada pela territorialização e estratificação por perfis (BRASIL, 2017a).

Nesta estratificação propõe-se três diferentes perfis de funcionalidade:

- ✓ Pessoas idosas independentes e autônomas;
- ✓ Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros;
- ✓ Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades de vida diária.

A definição dos perfis de funcionalidade dos idosos organiza as ações a serem desenvolvidas, em cada nível de atenção da RAS por meio da articulação intersetorial.

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças, este vai diferenciando-se à medida que a população envelhece, graças ao aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como: diabetes, doença arterial coronariana, doença pulmonar obstrutiva, dentre outras, do qual decorre a crescente demanda por cuidados de longa duração.

É importante ressaltar que o envelhecimento não acontece de forma homogênea, vários aspectos determinam a qualidade desse envelhecimento, a saber: demográfico, sócio econômico, cultural, dentre outros.

Há pessoas idosas que permanecem plenamente capazes de realizarem suas atividades cotidianas por si mesmas, ainda que apresentem doenças crônicas ou outras condições importantes de saúde. Outras pessoas precisam de apoio e adaptações para a realização de suas atividades, e algumas se tornam completamente dependentes de cuidados contínuos e da ajuda de terceiros, mesmo que não apresentem idade cronológica tão avançada. Com isso fica comprovado que a existência de múltiplos problemas de saúde e a longevidade não determina, necessariamente, em dependência para a realização das suas atividades da vida diária, ou dependência funcional.

Atualmente a avaliação multidimensional tem se revelado um instrumento eficiente que auxilia a avaliação das múltiplas dimensões que incidem sobre a saúde da pessoa idosa, através de escalas e testes, na perspectiva da integralidade.

A princípio o Ministério da Saúde propôs a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, como uma ferramenta de apoio para a avaliação multidimensional a ser realizada no nível primário de atenção. (BRASIL, 2017d). A partir de 2021 esse documento foi sintetizado em uma Ficha Espelho da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, onde são registradas as informações mais relevantes a fim de estimular a elaboração de políticas públicas que garanta o bem estar e a qualidade de vida das pessoas nessa faixa etária.



FICHA ESPELHO | CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

DADOS PESSOAIS

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS

NOME COMPLETO

NOME SOCIAL

DATA DE NASCIMENTO / / SEXO MASCULINO FEMININO

RAÇA / COR Branca Preta Parda Amarela Indígena

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA / AVENIDA / PRAÇA

Nº COMPLEMENTO BAIRRO

PONTO DE REFERÊNCIA

CEP MUNICÍPIO ESTADO

TELEFONE CELULAR EMAIL

INFORMAÇÕES PESSOAIS

SITUAÇÃO FAMILIAR More ad Com parentes Outra, Especifique:

PESSOA DE REFERÊNCIA

NOME TELEFONE

DATA DE ENTREGA DA CADERNETA / /

TEM ALGUMA DEFIÊNCIA? SIM NÃO

SE SIM, QUAL(ES)? Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra, Especifique: Visual Física

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

ESTÁ ACAMADO? SIM NÃO

ESTÁ DOMICILIADO? SIM NÃO

DIAGNÓSTICOS, INTERNAÇÕES E QUEDAS

DATA	DIAGNÓSTICO	INTERNAÇÃO (CAUSA)	QUEDA (CONDIÇÕES, EX. FRATURA)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DATA DA AVALIAÇÃO	COORDENAÇÃO (NORMAL OU ALTERADA)	HUMOR (NORMAL OU ALTERADO)	ESTÁ FUMANTE? (SIM OU NÃO)	FAZ USO DE ALCOÓL? (SIM OU NÃO)	PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA? (SIM OU NÃO)

PRESEÇA DE DOR COM DURAÇÃO IGUAL OU SUPERIOR A 3 MESES?

DATA	LOCALIZAÇÃO DA DOR	INTENSIDADE (S/R, MODERADA, INTENSA)	DATA	LOCALIZAÇÃO DA DOR	INTENSIDADE (S/R, MODERADA, INTENSA)

POLIFARMÁCIA: USO CONCOMITANTE DE 5 OU MAIS MEDICAMENTOS?

DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

AVALIAÇÕES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS

Na caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e/ou ficha espelho estão inseridos os dados pessoais; avaliação da pessoa idosa; controle da pressão arterial e glicemia; calendário de vacinação; avaliação de saúde bucal; agenda de consultas e exames. Além de orientações dos direitos da pessoa idosa quanto: ao uso e armazenamento de medicamentos; acesso a medicamentos no SUS; dez passos para uma alimentação saudável; prevenção de quedas; atividade física; sexualidade e lista pessoal de endereços e/ou telefones e serviços úteis.

A caderneta integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no SUS. É muito importante que seu preenchimento se dê por meio de informações cedidas pela pessoa idosa, familiares e/ou cuidadores, para compor o plano de cuidado, a ser construído em conjunto com os profissionais de saúde.

Estes instrumentais permitirão o registro e o acompanhamento de informações sobre os dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para seu auto cuidado nas limitações funcionais.

A função destes instrumentais é favorecer a comunicação entre o usuário (pessoa idosa), portador do documento e entre as diferentes equipes dos pontos de atenção da RAS, uma vez que permite o registro de todas as informações importantes a respeito do indivíduo e sua trajetória clínica, psicossocial e funcional. Essa é uma das formas de comunicação da RAS, em especial nos municípios que não contam com prontuários eletrônicos, compartilhados entre os diferentes níveis de atenção.

Para que o objetivo do documento seja alcançado é importante orientar as pessoas idosas a apresentá-lo em todos os atendimentos que realizam na rede.

As limitações funcionais implicam em uma perspectiva de cuidado de longa duração, a qual traz para os sistemas de saúde públicos, demandas crescentes por procedimentos de média e alta complexidade, por serviços de reabilitação e de internação.

Diante do envelhecimento da população, o conjunto das políticas públicas e os serviços de saúde devem encontrar formas de organização que atendam a essa crescente demanda com qualidade e resolutividade, preconizando também os princípios da economicidade.

O fenômeno do envelhecimento deve ser compreendido por gestores e trabalhadores dos sistemas de saúde, de modo a planejar, organizar, implantar e desenvolver ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a Pessoa Idosa (BRASIL, 2017a).

Visando o fortalecimento das ações de coordenação do cuidado, redução de custos e otimização de recursos em todo o sistema, a RAS deve produzir participação e interação com os demais serviços e dispositivos que afetam as condições de saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas (rede intersetorial).

5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

5.1 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Entende-se por promoção da saúde o conjunto de políticas, planos e programas de saúde pública, com ações individuais e coletivas, voltadas para evitar que as pessoas se exponham a situações que podem causar doenças. A promoção da saúde deve ser compreendida de forma abrangente: promover a saúde é bem mais que prevenir doenças, são medidas destinadas a desenvolver uma boa saúde, promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionadas aos seus determinantes e condicionantes, como hábitos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Por sua vez, o termo prevenção de doenças consiste na implementação de medidas capazes de reduzir a predisposição às doenças ou atrasar seu início e respectivas complicações ou incapacidades.

Diferentemente da promoção da saúde, a prevenção de enfermidades tem como objetivo, a redução do risco de se adquirir uma doença específica por reduzir a probabilidade de que uma doença ou desordem afete um indivíduo (CZERESNIA, 2003).

No âmbito da saúde, o objetivo é garantir o envelhecimento ativo, com qualidade de vida, independência e autonomia, com medidas preventivas e/ou postergação do surgimento das incapacidades e da dependência, o que implica na necessidade urgente de reconhecimento precoce da fragilidade e na adoção de intervenções que possam preveni-la ou revertê-la.

As medidas preventivas podem ser classificadas em **prevenção primária, secundária, terciária e quaternária**, cada uma delas utiliza uma estratégia de abordagem que evita ou minimiza o impacto de doenças e problemas de saúde nas pessoas, representando diferentes estágios de

Síntese dos níveis de atenção à saúde conforme os serviços existentes do Sistema Único de Saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA		ATENÇÃO SECUNDÁRIA	ATENÇÃO TERCIÁRIA	ATENÇÃO QUATERNÁRIA
Promoção à saúde	Período Pré-Patológico	Período Patológico	Período Pós-Patológico	
	Prevenção Primária	Prevenção secundária	Prevenção terciária	Prevenção quaternária
Objetivo: desenvolver Qualidade de vida.	Objetivo: Reduzir riscos e vulnerabilidades/ determinantes sociais.	Objetivo: Diagnosticar e tratar o mais precoce possível a patologia instalada.	Objetivo: reabilitar a capacidade residual causado pela doença.	Objetivo: prevenir a iatrogenia e priorizar a autonomia do paciente diante do sobretratamento.
Complexidade baixa		Complexidade média e alta (intermediária)		Complexidade Alta
Ações Intersetoriais: transporte, meio ambiente, urbanização, alimentação, cultura, esporte, lazer, habitação, saneamento básico, renda, educação, acesso aos serviços de saúde, trabalho e emprego, profissionalização.	Unidades de saúde (UBS/ESF): Vacinação, campanhas para abandono de fumo, álcool e outros fatores de risco para adoecer, prática de esporte, agentes comunitários de saúde, campanhas de combate a vetores, pré-natal, puericultura entre outras políticas.	Unidades de Saúde, Pronto Atendimento, serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento ambulatorial e hospitalar: medicamentos, tecnologias diagnósticas de imagem e laboratorial, cirurgias, procedimentos, redes de atenção.	Serviços especializados, centros de referência ambulatorial, hospitalar e centros de reabilitação, que envolvam alta tecnologia e/ou alto custo: Ex: oncologia, cardiologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, diálise, quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, ressonância magnética e a medicina nuclear, cirurgia reprodutiva, reprodução assistida, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita etc.	
Responsabilidade principal: todas as instâncias (Federal, Estados e Municípios).	Responsabilidade principal: Municípios.	Responsabilidade principal: Municípios e Regionais Estaduais de Saúde.	Responsabilidade principal: Municípios, Regionais Estaduais de Saúde e Estado.	

Referência: Rozin, L. Políticas de saúde no Brasil: da história ao atual Sistema Único de Saúde. Novas Edições Acadêmicas: Beau Bassin – Mauritius, 2019.

Medidas preventivas		Exemplos
Prevenção Quaternária	É a detecção de indivíduo sem risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis.	Educação alimentar, incentivo à prática de atividades físicas, campanhas contra o uso de álcool e tabaco, etc.
Prevenção Terciária	É a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação (ex.: prevenir complicações do diabetes , reabilitar paciente pós-infarto – IAM ou acidente vascular cerebral).	Um paciente hipertenso, previamente diagnosticado, que tem monitoramento de profissionais de saúde, exercício físico orientado, dieta adequada, é livrado das situações de estresse do cotidiano, terá uma evolução muito lenta da patologia, diminuindo incrivelmente as possíveis complicações da doença.
Prevenção Secundária	É a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: rastreamento, diagnóstico precoce).	Um paciente com tendinite em fase aguda, inicial, com o tratamento fisioterapêutico correto, pode evitar piora que evolui para a diminuição dos movimentos do braço.
Prevenção Primária	A prevenção primária é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade).	Ginástica Laboral e Exercício Físico para diminuir as possibilidades do desenvolvimento da tendinite.

A APS enquanto coordenadora e ordenadora do cuidado em todos os ciclos de vida, assume um papel de extrema relevância quando se trata do idoso, através da estratificação de risco e, conseqüentemente, no reconhecimento daquele que necessita de atenção diferenciada.

Cabe a APS, a desmistificação de tudo aquilo que é atribuído ao envelhecimento por si, de forma a garantir que os problemas de saúde da pessoa idosa, particularmente as incapacidades, não sejam atribuídos a “problemas da idade”.

De certo, os casos mais graves, com perdas já instaladas, ou pessoas que se encontram em uma situação de maior vulnerabilidade requisitarão maiores articulações entre os pontos de atenção da RAS e com outras redes de suporte e proteção social, exigindo mais das equipes de saúde, com necessidade de maior densidade do cuidado e maior frequência do acompanhamento da pessoa idosa e de sua família.

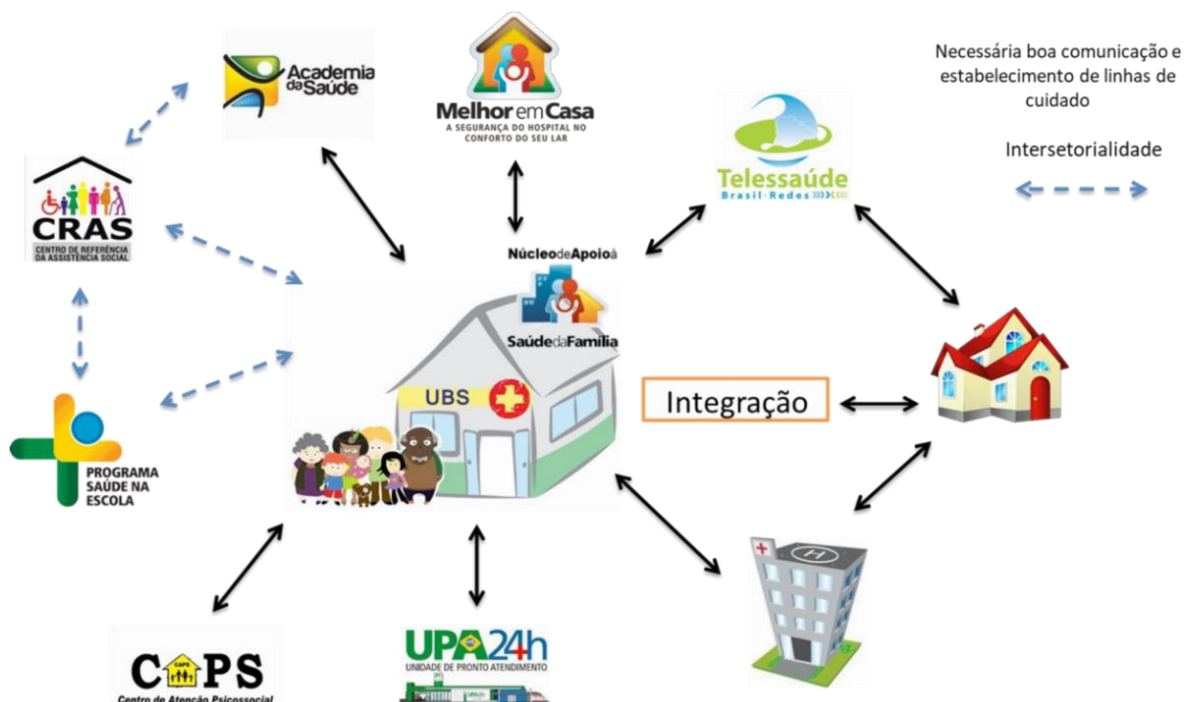
No entanto, pelas especificidades das pessoas idosas e pela dinâmica de suas condições de saúde, que podem levar rapidamente ao declínio da capacidade funcional, entendemos a importância de se elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), também para aqueles idosos que não apresentam comprometimentos significativos e que mantêm suas capacidades físicas e mentais preservadas.

Nessas situações, o PTS deve ser trabalhado pela equipe de profissionais da APS com a pessoa idosa e sua família, de forma a construir com ela um conjunto de ações, que visem à promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos.

Desta forma, as pessoas idosas podem ser orientadas pelos profissionais da saúde, na compreensão do que seja um envelhecimento saudável para si, sugerindo e apoiando mudanças de hábitos e favorecendo a adesão a práticas e atitudes saudáveis, objetivando o auto cuidado.

5.2 Pontos de Atenção da Rede

Figura 3 - Modelo simplificado da Rede da Saúde da Pessoa Idosa (Fonte: SES/SC, 2017).



Os Pontos de Atenção da Rede estão inseridos dentro do território sanitário e são categorizados, de acordo com os níveis de atenção.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	FUNÇÃO/FINALIDADE
ATENÇÃO QUATERNÁRIA À SAÚDE/PÓS HOSPITALAR	ATENÇÃO DOMICILIAR	É a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE	HOSPITAL COM LEITOS (UTI)	É uma unidade hospitalar de pacientes que necessitam de cuidados intensivos por uma equipe especializada composta por profissionais de diferentes áreas.
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE	HOSPITAL	O hospital é definido como "a parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar.
	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h	O objetivo da UPA 24h é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPAS ou unidades básicas de saúde (UBS) sejam encaminhados para as unidades hospitalares.
	CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS	Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) a porta de entrada das famílias para a Política de Assistência Social. A fim de garantir acesso aos direitos sociais das famílias e /ou indivíduos que estão em situação de vulnerabilidade e/ou risco social
	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS	Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.
	CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA – CEO	São estabelecimentos de saúde que prestam serviços aos usuários do SUS que necessitam de serviços especializados odontológicos, por encaminhamento da Unidade Básica de Saúde.
	CENTRO DE REABILITAÇÃO	É o processo de consolidação de objetivos terapêuticos não caracterizando área de exclusividade profissional e sim uma proposta de atuação multiprofissional e interdisciplinar.
	SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU	Tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte.
REDE AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO NO ESTADO DO PIAUÍ - CERSIPI	É a referência no atendimento especializado ao idoso, em especial aos idosos frágeis; promovendo autonomia, independência, auto cuidado, participação social, convivência intergeracional e atenção integral à saúde do idoso.
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (E-Multi)	Têm o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.
	TELESSAÚDE	Pacientes que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos. Objetiva: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Transpor barreiras socioeconômicas, culturais e, sobretudo geográficas, para que os serviços e as informações em saúde cheguem a toda população; ✓ Maior satisfação do usuário, maior qualidade dos cuidados e menor custo para o SUS; ✓ Atender aos princípios básicos de qualidade dos cuidados de saúde: segura, oportuna, efetiva, eficiente, equitativa e centrada no paciente; ✓ Reduzir filas de espera; ✓ Reduzir tempo para atendimentos ou diagnósticos especializados; ✓ Evitar os deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais de saúde.
	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	É um programa dos Ministérios da Saúde e da Educação, e constitui estratégia para a integração e a articulação entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, das equipes de atenção básica e da educação básica pública.
	PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE (PAS)	É uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas práticas de atividades físicas para população. Esses polos fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e devem ser dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.
	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS	As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). É ali onde se inicia o cuidado com a saúde da população. Cada UBS é responsável pela assistência à saúde de uma população definida.



*PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE
SAÚDE NO PIAUÍ*

MACRORREGIÃO LITORAL (REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO)

Quadro 9 – Pontos da Rede de Atenção a saude do idoso no piau.

ORD	MUNICÍPIO	US UBS	ESF	PAS	LRPD	TELES SAÚDE	E-MULTI	UOM	USB, USA/ SAMU	CEO	CAPS	CREAS	CRAS	UMS	UPA 24h	HOSPITAL GERAL	LEITOS UTI	ATENÇÃO DOMICILIAR
1	Barras	24	21	1	T1	1	4		1A	1	1	1	1			2		1
2	Batalha	18	13		T1	1		1	1A 1B	1	1	1	1	1				
3	Brasileira	5	4		T1	1	1						1	1				
4	Campo Largo do Piauí	10	4		T1	1	1		1B				1					
5	Capitão de Campos	8	6		T1	1	1				1	1	1	1				
6	Domingos Mourão	3	6		T1	1	1						1					
7	Esperantina	19	18		T2	1	3		1A	1	1	1	1			2		1
8	Joaquim Pires	8	7		T1	1	1						1	1				
9	Joca Marques	7	3	1	T1	1			1A			1	1	1				
10	Lagoa de São Francisco	4	3		T1	1	1						1					
11	Luzilândia	14	13		T1	1	2		1A	1	1	1	1			1		
12	Madeiro	5	4		T1	1	1		1A				1	1				
13	Matias Olímpio	6	5		T1	1	1						1	1				
14	Milton Brandão	6	3		T1	1	1						1					
15	Morro do Chapéu do Piauí	7	3	1	T1	1	1						1					
16	Nossa Senhora dos Remédios	7	4	1	T1	1	1						1	1				
17	Pedro II	22	15	3	T1	1	1		1A	1	1	1	1			2		1
18	Piracuruca	16	14		T1	1	1			1	1	1	1			1		
19	Piripiri	37	27	5	T1	1	5		2A 2B	1	2	1	1			2	20 II	1
20	Porto	6	6		T1	1			1A			1	1			1		
21	São João da Fronteira	2	3		T1	1	1					1	1					
22	São João do Arraial	6	4		T1	1	1						1					
23	São José do Divino	3	3		T1	1	1						1					
24	Bom Princípio do Piauí	5	3		T1	1	1		1A 1B				1	1				
25	Buriti dos Lopes	10	10		T1	1	2		1A	1	1	1	1			1		
26	Cajueiro da Praia	6	4	3	T1	1	1		1A				1					
27	Caraúbas do Piauí	5	3		T1	1	1		1B				1					
28	Caxingó	4	3		T1	1	1		1B				1					
29	Cocal	15	14		T1	1	1		1A			1	1			1		1
30	Cocal dos Alves	3	3		T1	1	1					1	1					
31	Ilha Grande	8	5		T1	1	1		1A				1					
32	Luís Correia	17	15			1	2		1B	1	1	1	1			1		1
33	Murici dos Portelas	5	5	1	T1	1	1						1					
34	Parnaíba	42	43		T1	1	1		2A	1	2	1	1			4	30 II	
Total		357	297	13	33	34	43	01	25	10	13	16	34	09		18	50	06

MACRORREGIÃO MEIO NORTE (REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO)

ORD	MUNICÍPIO	US ou UBS	ESF	PAS	LRPD	TELES SAÚDE	E-MULTI	UOM	USB, USA/ SAMU	CEO	CAPS	CREAS	CRAS	UMS	UPA 24h	HOSPITAL GERAL	LEITOS UTI	ATENÇÃO DOMICILIAR
1	Agricolândia	6	3		T1	1	1						1	1				
2	Água Branca	8	8	1	T1	1	1		1A	1	1	1	1			1		
3	Alto Longá	7	7		T2	1	1						1	1				
4	Altos	14	20	1	T1	1	4		2A		1	1	1			1		
5	Amarante	15	9		T1	1	1		1A		1		1			1		
6	Angical do Piauí	6	3	1	T1	1	1		1A		1	1	1	1				
7	Barro Duro	3	4	1	T1	1	1		1A				1	1				
8	Benedictinos	11	5		T1	1	1		1A				1	1				
9	Coivaras	4	2		T1	1	1						1					
10	Curralinhos	3	2		T1	1	1						1					
11	Demerval Lobão	6	7	1	T2	1	1		2A				1			1		
12	Hugo Napoleão	4	2	1	T1	1							1					
13	Jardim do Mulato	6	2		T1	1		1	1B				1					
14	José de Freitas	19	20	1	T1	1	3		1A	1	1	1	1			1		1
15	Lagoa Alegre	3	4		T1	1	1						1	1				
16	Lagoa do Piauí	3	2		T1	1	1						1					
17	Lagoinha do Piauí	4	1		T1	1	1						1					
18	Miguel Alves	18	17	2	T1	1	2	1	1A 1B	1	1		1	1				
19	Miguel Leão	2	1		T1	1	1						1					
20	Monsenhor Gil	2	5		T1	1	1		1A			1	1	1				
21	Nazária do Piauí	4	4	1	T1	1	1		1A				1					
22	Olho d'Água do Piauí	5	1		T1	1	1						1					
23	Palmeirais	7	7	1	T1	1	1	1	1A			1	1			1		
24	Passagem Franca do Piauí	2	2		T1	1	1					1	1					
25	Pau d'Arco	5	2	1	T1	1	2	1	1B				1					
26	Regeneração	11	9		T1	1	1		1A	1	1		1			1		
27	Santo Antônio dos Milagres	5	1		T1	1	1						1					
28	São Gonçalo do Piauí	2	2			1							1	1				
29	São Pedro do Piauí	13	7	1	T2	1	1		1A	1	1	1	1			1		
30	Teresina	89	262		T4	1	3		14A 7B	3	6	1	19	2	3	25	25 I 196 II 34 III 4 COR III	1/HUT
31	União	13	18	5	T1	1			1A	1	1	1	1			1		1
32	Assunção do Piauí	4	4	1	T2	1	1	1	1B				1					
33	Boa Hora	3	3		T1	1	1						1					

PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E LINHA DE CUIDADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

34	Boqueirão do Piauí	5	3		T1	1	1						1					
35	Buriti dos Montes	4	4	1	T1	1	1						1	1				
36	Cabeceiras do Piauí	4	5	1	T1	1	1						1					
37	Campo Maior	16	21	5	T1	1	4		3A 1B	1	1	1	1				10 II	1
38	Castelo do Piauí	19	8	1	T2	1	1				1	1	1				1	
39	Cocal de Telha	4	2		T1	1	1				1	1	1				5	
40	Jatobá do Piauí	4	2	1	T1	1	1						1				1	
41	Juazeiro do Piauí	2	3	1	T1	1	1						1					
42	Nossa Senhora de Nazaré	3	2	1	T1	1	1						1					
43	Novo Santo Antonio	5	2	1	T1	1	1	1	1B				1					
44	São João da Serra	3	3	1	T1	1	1				1		1	1				
45	São Miguel do Tapuio	23	9	2	T1	1	2	1	1B		1	1	1				2	
46	Sigefredo Pacheco	5	5		T1	1	1						1					
Total		404	515	18	45	46	55	07	48	09	20	14	64	13	03	43	269	04

MACRORREGIÃO SEMIÁRIDO (REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO)

ORD	MUNICÍPIO	US ou UBS	ESF	PAS	LRPD	TELES SAÚDE	E-MULTI	UOM	USB USA/ SAMU	CEO	CAPS	CREAS	CRAS	UMS	UPA 24h	HOSPITAL GERAL	LEITOS UTI	ATENÇÃO DOMICILIAR
1	Bela Vista do Piauí	2	2		T1	1	2						1					
2	Cajazeiras do Piauí	4	2	1	T1	1	1		1A				1					
3	Campinas do Piauí	5	3	1	T1	1	1		1B				1					
4	Colônia do Piauí	3	4		T1	1	1						1	1				
5	Conceição do Canindé	3	2	1	T1	1	1		1A				1	1				
6	Floresta do Piauí	1	1		T1	1	1						1					
7	Isaias Coelho	4	4	3	T1	1	1		1B			1	1	1				
8	Oeiras	28	18	1	T1	1	1		4A		3	1	1		1	2	10 II	1
9	Santa Rosa do Piauí	4	3		T1	1	1						1	1				
10	Santo Inácio do Piauí	2	2		T1	1	1		1A				1	1				
11	São Francisco de Assis do Piauí	3	3		T1	1	1					1	1					
12	São João da Varjota	7	2		T1	1	1						1					
13	Simplício Mendes	11	6		T1	1	2		3A		1	1	1			1		
14	Tanque do Piauí	4	1		T1	1	1		1A				1					
15	Aroazes	5	3	1	T1	1	1						1	1				
16	Barra D'Alcântara	1	2		T1	1	1						1					
17	Elesbão Veloso	10	7		T1	1	1		1A		1	1	1			1		
18	Francinópolis	7	3		T1	1	1						1	1				
19	Inhuma	12	8	1	T1	1	1		1A		1		1	1				
20	Lagoa do Sítio	12	3		T1	1	1					1	1					
21	Novo Oriente do Piauí	8	3		T1	1	1						1					
22	Pimenteiras	10	6	1	T2	1	2				1	1	1					
23	Prata do Piauí	2	2		T1	1	2						1					
24	Santa Cruz dos Milagres	2	2		T1	1	1						1					
25	São Félix do Piauí	2	1		T1	1	1						1	1				
26	São Miguel da Baixa Grande	3	1		T1	1	1						1					
27	Valença do Piauí	19	9	3	T1	1	1		1A		2	1	1			1		1
28	Várzea Grande	5	2		T1	1	1		1A				1	1				
29	Alagoinha do Piauí	6	4		T1	1	1						1	1				
30	Alegrete do Piauí	4	3	1	T1	1	1						1					
31	Aroeiras do Itaim	5	1		T1	1	1						1					
32	Bocaína	9	2	1	T1	1	1		1A				1	2				
33	Campo Grande do Piauí	4	3		T1	1	1						1					
34	Dom Expedito Lopes	7	3		T1	1	1						1					

PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E LINHA DE CUIDADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

35	Francisco Santos	5	5	1	T1	1	1				1	1	1					
36	Fronteiras	9	6		T1	1	1			1		1			1			
37	Geminiano	3	3		T1	1	1					1						
38	Ipiranga do Piauí	11	5	1	T1	1	1		1A			1	1					
39	Itainópolis	6	6		T1	1	1		1A			1	1					
40	Monsenhor Hipólito	7	5		T1	1	1		1A		1	1	1					
41	Paquetá	5	2		T1	1	1					1						
42	Picos	36	36	1	T1	1	6		3A	2	1	2			5	10 I 10 II 5 III		
43	Pio IX	8	9	1	T2	1	1		1A	1	1	1			1		1	
44	Santa Cruz do Piauí	3	3		T1	1	1		1A			1	1					
45	Santana do Piauí	5	2		T1	1	1					1						
46	Santo Antônio de Lisboa	6	3		T1	1	1		1A		1	1	1					
47	São João da Canabrava	4	2		T1	1	1					1						
48	São José do Piauí	7	3		T1	1	1		1A			1						
49	São Julião	3	3		T1	1	1					1	1		1			
50	São Luís do Piauí	5	1		T1	1	1					1						
51	Sussuapara	4	3		T1	1	1					1						
52	Vera Mendes	3	2	1	T1	1	1					1						
53	Vila Nova do Piauí	4	1		T1	1	1					1						
54	Wall Ferraz	6	2		T1	1	1					1			1			
56	Acauã	3	4	2	T1	1	1					1						
57	Belém do Piauí	3	2		T1	1	1					1						
58	Betânia do Piauí	3	3	1	T1	1	1		1B			1						
59	Caldeirão Grande do Piauí	4	3		T1	1	1					1						
60	Caridade do Piauí	4	3		T1	1	1		1B			1						
61	Curral Novo do Piauí	5	3			1	1					1						
62	Francisco Macedo	3	2		T1	1	1					1						
63	Jacobina do Piauí	3	3		T1	1	1		1B			1						
64	Jaicós	10	10		T1	1	1		2A	1	1	1			1			
65	Marcolândia	4	4		T1	1	1				1	1			1			
66	Massapê do Piauí	6	3		T1	1	1					1						
67	Padre Marcos	7	3		T1	1	2					1	1					
68	Patos do Piauí	2	3		T1	1	1					1						
69	Paulistana	10	10		T1	1	1		1A	3	1	1			2			
70	Queimada Nova	4	4	1	T1	1	1		1B 1A			1						
71	Simões	7	7		T1	1	1		1A	1		1	1		2			
Total		432	290	22	70	71	80		37		18	16	72	22	01	20	35	03

MACRORREGIÃO CERRADOS (REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO)

ORD	MUNICÍPIO	US ou UBS	ESF	PAS	LRPD	TELES SAÚDE	E-MULTI	UOM	SAMU	CEO	CAPS	CREAS	CRAS	UMS	UPA 24h	HOSPITAL GERAL	HOSPITAL COM LEITOS UTI	ATENÇÃO DOMICILIAR
1	Alvorada do Gurgueia	3	3		T1	1						1	1					
2	Avelino Lopes	7	6		T1	1			1A 1B		1	1	1	1				
3	Barreiras do Piauí	3	2		T1	1							1					
4	Bom Jesus	13	13		T1	1			3A 3B		2	1	1			1	9 II	1
5	Corrente	20	13		T1	1			2A 2B		1	1	1			1		
6	Cristalândia do Piauí	5	4		T1	1			1B 1A				1	2				
7	Cristino Castro	8	5		T1	1			1A 1B		1		1	1		1		1
8	Curimatá	8	6		T1	1			2B 2A				1					
9	Currais	3	2		T1	1			1A 1B				1					
10	Guilbués	8	5		T1	1			2A 2B		1	1	1	1				
11	Júlio Borges	4	3		T1	1			1A 1B				1					
12	Monte Alegre do Piauí	6	5		T1	1			1A 1B				1	1				
13	Morro Cabeça no Tempo	4	2		T1	1							1					
14	Parnaguá	7	5			1			1A				1	1				
15	Palmeira do Piauí	7	3		T1	1			1A 1B				1	1				
16	Redenção do Gurgueia	6	4		T1	1			1A				1	1				
17	Riacho Frio	3	2		T1	1			1A				1					
18	Santa Filomena	3	3		T1	1			1A				1	1				
19	Santa Luz	8	3		T1	1			1A				1					
20	Sebastião Barros	6	2		T1	1			1B				1					
21	São Gonçalo do Gurgueia	2	1			1							1					
22	Arraial	3	2		T1	1			1A				1	1				
23	Bertolinia	5	3			1			2A				1	1				
24	Brejo do Piauí	2	2		T1	1							1					
25	Canaveira	2	2		T1	1							1	1				
26	Canto do Buriti	9	11		T2	1			2A		1	1	1			1		1
27	Colônia do Gurgueia	2	3		T2	1			2A				1					
28	Elizeu Martins	4	2			1							1	1				

29	Flores do Piauí	3	2		T1	1			1A			1	1					
30	Floriano	25	26		T3	1			3A		2	1	1		1	2	1	
31	Francisco Ayres	4	2		T1	1			1A				1	1			20 II	
32	Guadalupe	5	5		T1	1					1	1	1					
33	Itaueira	6	5		T1	1						1	1			1		
34	Jerumenha	5	2		T1	1							1	1				
35	Landri Sales	4	3		T1	1						1	1			1		
36	Manoel Emídio	6	3		T1	1							1	1				
37	Marcos Parente	3	2		T1	1							1					
38	Nazaré do Piauí	8	4		T1	1						1	1					
39	Paes Landim	3	2		T1	1							1	1				
40	Pajeú do Piauí	7	2		T1	1							1					
41	Pavussu	2	2		T1	1							1					
42	Porto Alegre do Piauí	2	1			1							1	1				
43	Ribeira do Piauí	5	2		T1	1							1					
44	Rio Grande do Piauí	5	3		T1	1			1A				1	1				
45	São Francisco do Piauí	5	3		T1	1			2A		1		1	1				
46	São José do Peixe	4	2		T1	1							1	1				
47	São Miguel do Fidalgo	3	9		T1	1							1					
48	Socorro do Piauí	5	2		T1	1			1A				1	1				
49	Tamboril do Piauí	1	1			1							1					
50	Anísio de Abreu	2	5		T1	1			1A			1	1	1				
51	Bonfim do Piauí	2	3		T1	1							1					
52	Campo Alegre do Fidalgo	3	3		T1	1							1					
53	Capitão Gervásio Oliveira	3	2		T1	1							1					
54	Caracol	4	5		T1	1			1A				1	1				
56	Coronel José Dias	3	2		T1	1			1A				1					
57	Dirceu Arcoverde	4	4		T1	1			1A				1	1				
58	Dom Inocêncio	6	5		T1	1			1A			1	1					
59	Fartura do Piauí	2	3		T1	1							1					
60	Guaribas	2	2		T1	1							1					
61	João Costa	3	2		T1	1							1					
62	Lagoa do Barro do Piauí	7	2		T1	1			1A			1	1					
63	Jurema	1	2		T1	1							1					
64	Nova Santa Rita	2	2		T1	1							1					
65	Pedro Laurentino	2	1		T1	1							1					
66	São Braz do Piauí	2	2		T1	1							1					
67	São João do Piauí	6	10		T2	1			2A		1	1	1			1	1	
68	São Lourenço do Piauí	7	2		T1	1			4A				1			4		
69	São Raimundo Nonato	15	13		T1	1			1B		1	1	1		1		1	
70	Várzea Branca	3	2		T1	1							1				10 II	
71	Antônio Almeida	2	2		T1	1							1					
72	Baixa Grande do Ribeiro	8	2		T1	1						1	1	1				
73	Ribeiro Gonçalves	5	4		T1	1			2A				1	1				
74	Sebastião Leal	5	2		T1	1							1					
75	Uruçuí	10	10			1			1A		1	1	1			1		
Total		381	292			69	77		70		14	18	75	29	02	14	39	06

LEGENDA:

US = Unidade de Saúde

UBS = Unidade Básica de Saúde

ESF = Estratégia de Saúde da Família

PAS = Programa de Academia de Saúde

LRPD = Laboratório Regional de Prótese Dentária

TELESSAÚDE = Plataforma Online de Atendimento à Saúde

E-MULTI = Equipes Multiprofissionais

UOM = Unidade Odontológica Móvel

SAMU A e B = Serviço de Atendimento Móvel de urgência, Avançada e Básico

CEO = Centro de Especialidades Odontológicas

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

CREAS = Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRAS = Centro de Referência de Assistência Social

UMS = Unidade Mista de Saúde

UPA 24h = Unidade de Pronto Atendimento

 **Atenção Primária à Saúde**

 **Atenção Secundária à Saúde**

 **Atenção Terciária à Saúde**

 **Atenção Quaternária à Saúde**

6. AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A mensuração da saúde e do bem estar da pessoa idosa deve ter como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, por meio de atividades de vida diárias básicas, instrumentais e avançadas. O declínio funcional é o principal sintoma a ser investigado para isso são utilizados alguns instrumentais de mensuração das atividades globais.

CLASSIFICAÇÃO	CONCEITO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS
AVD (Atividade da Vida Diária)	são tarefas básicas de autocuidado, parecidas com as habilidades que aprendemos na infância	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentar-se • Ir ao banheiro • Escolher a roupa • Arrumar-se e cuidar da higiene pessoal • Manter-se continente • Vestir-se • Tomar banho • Andar e transferir (por exemplo, da cama para a cadeira de rodas) 	As atividades de vida diária são geralmente mencionadas por profissionais de geriatria e gerontologia, geralmente em relação a atividades instrumentais de vida diária, que são um pouco mais complexas.
AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária)	são habilidades complexas necessárias para se viver de maneira independente. Essas habilidades são geralmente aprendidas durante a adolescência	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar as finanças • Lidar com transporte (dirigir ou navegar o transporte público) • Fazer compras • Preparar refeições • Usar o telefone e outros aparelhos de comunicação • Gerenciar medicações • Manutenção das tarefas domésticas e da casa. 	Médicos, especialistas em reabilitação, assistentes sociais e outros profissionais envolvidos com a saúde do idoso geralmente avaliam as AVDs e AIVDs como parte da avaliação funcional do idoso. A dificuldade em se manejar as AIVDS é particularmente comum na doença de Alzheimer e em outras demências. Avaliar as AIVDs pode ajudar numa avaliação diagnóstica, bem como determinar que tipo de assistência um idoso necessita no dia a dia.

6.1 Avaliação da Capacidade Funcional

Atualmente no Brasil, em média 30% das pessoas com 60 ou mais anos apresentam limitação funcional, determinada pela dificuldade na realização de pelo menos uma entre dez atividades básicas da vida

diária (ABVD) (Lima-Costa et.al, 2017), qualquer avaliação da pessoa idosa deve ter seu início na avaliação da funcionalidade global, apresentados a partir das escalas de Katz e Lawton.

Na Escala de Katz, as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções básicas sendo elas (tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência (controlar a eliminação de urina e fezes) e capacidade para alimentar-se).

Quadro 10 - Escala de Katz

ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
1- Tomar banho	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho;	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho.
2 - Vestir-se	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.
3 - Uso do vaso Sanitário	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre/ similar somente à noite, pode ou não usar suportes mecânicos).	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
4 - Transferência	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio).	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.
5 - Continência	Micção e evacuação inteiramente autocontrolados.	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis/comadre controlado por terceiros.
6 - Alimentar-se	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe.

Fonte: Lino, 2008.

Ser independente significa por si só realizar os atos acima mencionados *sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa*. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz.

Ser dependente significa que a pessoa idosa *pode perder permanente ou temporariamente sua independência e sua autonomia*.

A escala de Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a ABVD, sendo útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos além de contribuir para o ensino do significado de “ajuda” em reabilitação.

Onde a classificação da independência nas ABVD, podem ser:

- independente para todas as atividades.
- independente para todas as atividades menos uma.
- independente para todas as atividades, menos banho e mais uma adicional.
- independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
- independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
- independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
- dependente para todas as atividades.

Já a escala de Lawton é utilizada para avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa, no conjunto de atividades necessárias para uma vida independente na comunidade é denominado de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Essas atividades são tarefas mais complexas como: preparação das refeições, controlar e tomar os remédios, fazer compras, cuidar das finanças, conseguir telefonar, arrumar a casa, fazer trabalhos domésticos e sair de casa sozinho. As AIVD podem ser avaliadas pela Escala de Lawton.

Quadro 11- Escala de Lawton.

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	ESCORE
1 - Você é capaz de preparar as suas refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2 - Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3 - Você é capaz de fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4 - Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5 - Você é capaz de usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6 - Você é capaz arrumar a sua casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7 - Você é capaz de fazer pequenos trabalhos domésticos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8 - Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1

PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E LINHA DE CUIDADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

9 - Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
TOTAL	PONTOS	

Para cada questão a primeira resposta (sem ajuda) significa independência, a segunda (com ajuda parcial) significa dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira resposta (não consegue) significa a dependência da pessoa idosa. A pontuação máxima é 27 pontos e a pontuação mínima de 9 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. Podem ser incluídas ou substituídos algumas questões, como por exemplo subir escadas ou cuidar do jardim.

Aos idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico, pois o declínio funcional dos idosos geralmente segue uma hierarquia, iniciando pelas ABVD mais complexas (avançadas e instrumentais), até comprometer o autocuidado (ABVD básicas), podendo ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometem direta ou indiretamente os quatro domínios funcionais principais (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação) de forma isolada ou associada.

Desta forma, a presença de declínio funcional nunca deve ser atribuída à velhice e sim representar sinal precoce de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais ou sintomas típicos.

A presença de dependência funcional, definida como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, deve desencadear uma ampla investigação clínica, buscando condições de saúde que em sua maioria são total ou parcialmente reversíveis.

DADOS DA CAPACIDADE FUNCIONAL NO PIAUÍ

Quadro 12 - Número de idosos (60 anos e mais), segundo capacidade para realizar as atividades diárias./PI, 2019

Regiões de Saúde	Independentes	AVD	AIVD	Precisa de ajuda AVD	Precisa de ajuda	Total
Cocais	8061	5051	14388	4796	18725	51021
Planície Litorânea	5.154	3.229	9.199	3.066	11.971	32.619
Carnaubais	3833	2402	6841	2280	8903	24260
Entre Rios	23.453	14.695	41.859	13.953	54.476	148.436
Vale do Canindé	2.302	1.442	4.109	1.370	5.347	14.570
Vale do Rio Guaribas	7.786	4.879	13.897	4.632	18.086	49.281
Vale do Sambito	2.743	1.719	4.896	1.632	6.372	17.362
Chapada das Mangabeiras						
Serra da Capivara	2902	1818	5179	1726	6740	18365
Tabuleiros do Alto Parnaíba	732	459	1306	435	1700	4632
Vale dos Rios Piauí e Itaueira						
Total	64.996	40.725	116.005	38.668	150.971	411.365

Fonte: PNS/SUPAT/DUVAS/GVS/COORD.ANÁLISE

Obs.: Na ocasião da elaboração desta Linha de Cuidado, a Coordenação de Análise não repassou as informações referentes às regiões de saúde Chapada das Mangabeiras e Vale dos Rios Piauí e Itaueira.

6.2 Fragilidade

Fragilidade é o estado de aumentada vulnerabilidade, a desfechos adversos de saúde como internações, quedas, dependência e mortalidade. Ocorre pelo declínio das reservas e funções fisiológicas, associado à idade, e resulta na diminuição da capacidade em lidar com estressores.

Tem sido associada a complicações pós-cirúrgicas, infecções, imobilidade e outras síndromes geriátricas, declínio físico, incapacidade. É um estágio que precede a incapacidade. Pode ser detectada precocemente e é potencialmente reversível, portanto sua identificação significa uma janela de oportunidade para a adoção de medidas preventivas que podem ter elevado impacto na vida do idoso.

Embora a fisiopatologia da fragilidade, ainda não esteja bem esclarecida, atualmente é reconhecida como um fenômeno multicausal e multidimensional, envolvendo vários órgãos e sistemas (nervoso, endócrino, imune e musculoesquelético), sendo a sarcopenia considerada como o substrato físico do fenótipo da fragilidade.

Perda de peso involuntária (5kg no último ano); auto relato de exaustão; fraqueza; baixo nível de atividade física e lentidão da marcha são critérios definidores de fragilidade. A presença de três ou mais parâmetros define o “idoso frágil”, e a presença de um ou dois parâmetros define o idoso “pré-frágil”. Os idosos que não apresentarem nenhum destes parâmetros são considerados robustos.

Atividade física que inclua treino de resistência, equilíbrio e força, e a utilização das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), têm sido recomendadas como ações benéficas comprovadas sobre a funcionalidade, mobilidade, prevenção de quedas e sobre a própria fragilidade.

Em relação à importância da alimentação, devido aos riscos que a desnutrição traz, são recomendadas intervenções como: suplementação proteico-calórica, suplementação de Vitamina D e revisão de medicamentos.

O processo de fragilização, que consiste na perda progressiva da vitalidade ou reserva homeostática, pode ser dividido em duas fases.

A **fase inicial** não está associada a algum sintoma específico (fase assintomática), mas é nela que se estabelecem os danos futuros à saúde. As ações preventivas são mais eficazes quando realizadas nessa fase. As ações de promoção da saúde, prevenção primária e secundária devem ser feitas rotineiramente.

A **fase sintomática**, na qual estão recomendadas as ações cuidadoras, que consistem em intervenções capazes de melhorar a qualidade de vida do indivíduo, as ações curativas, reabilitadoras e paliativas, além dos cuidados gerais específicos de cada condição crônica de saúde.

6.3 Classificação Clínica Funcional do Idoso

A funcionalidade global do indivíduo é muito importante para qualquer classificação de idosos. Em 1943, Marjory Warren, considerada a “mãe da geriatria” (“*mother of geriatrics*”), propôs uma classificação baseada na existência de vários tipos de incapacidades, como a *instabilidade postural, imobilidade, incontinência urinária e incapacidade cognitiva*. Esta classificação pioneira de idosos internados em enfermaria permitiu o planejamento de recursos humanos e materiais necessários para a implementação de ações específicas para cada grupo de idosos. Em 1963, Katz (Katz *et al.*, 1963) desenvolveu um índice capaz de estratificar os indivíduos conforme o grau de dependência nas atividades de vida diária relacionadas ao autocuidado. Com o índice, houve uma clara distinção entre idosos independentes e dependentes para as atividades de vida diária básicas (AVD básicas), associada a uma clara hierarquia entre os idosos dependentes. Assim, o idoso pode ser classificado em:

- ❖ **Independente:** realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente;
- ❖ **Semi-dependente:** apresenta comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou usar o banheiro);
- ❖ **Dependente incompleto:** apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, por decorrência lógica, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade;
- ❖ **Dependente completo:** apresenta comprometimento de todas as funções influenciadas pela cultura e aprendizado e, também, das funções vegetativas simples, incluindo a capacidade de alimentar-se sozinho. Representa o grau máximo de dependência funcional.

Posteriormente, em 1969, Lawton e Brody, confirmaram a importância da avaliação da funcionalidade do indivíduo nas atividades básicas de vida diária, mas sugeriram a avaliação de competências mais complexas do funcionamento humano, denominadas AVD instrumentais, relacionadas à auto-manutenção. Assim, os idosos podem ser independentes ou dependentes parciais ou totais para as AVD instrumentais.

Moraes e Lanna (2016) desenvolveram a Classificação Clínica Funcional do Idoso (QUADRO 6). A classificação divide os idosos em três grandes grupos, segundo estratos: Robustos (estratos 1, 2 e 3); em risco de fragilização (estratos 4 e 5) e frágeis (estratos 6, 7, 8, 9 e 10). Os idosos frágeis, por sua vez, dividem-se em 3 grupos: de baixa complexidade, de alta complexidade e em fase final de vida.

Quadro 13 - Classificação Clínico-Funcional do Idoso

ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL		
Idosos Robustos	Estrato 1	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as Atividades de Vida Diária (AVD) avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. São indivíduos que envelheceram livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.
	Estrato 2	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial não complicada e/ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, estenose, depressão leve, Diabetes mellitus sem lesão de órgãos alvo, dentre outros.
	Estrato 3	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônicas não transmissíveis estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial complicada, diabetes mellitus com lesão de órgão alvo, depressão moderada a grave, história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral sem sequelas, doença renal crônica insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrite, doença arterial coronariana com ou sem infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica e câncer, osteoporose, fibrilação atrial, dentre outros.
Idosos em risco de fragilização	Estrato 4	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de declínio funcional e mortalidade como: sarcopenia; comprometimento cognitivo leve; comorbidade múltipla definida pela presença de polipatologias (5 doenças) ou polifarmácia (5 medicamentos) ou internamento recente.
	Estrato 5	São idosos portadores de condições crônicas preditoras de declínio funcional definidas no estrato 4 mas que já apresentam limitações em AVD avançadas, definidas como as atividades relacionadas à integração social, produtivas, recreativas e/ou sociais. Não há declínio em AVD básicas e instrumentais.
Estabelecido Idosos Frágeis	Estrato 6	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.
	Estrato 7	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.
	Estrato 8	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semi-independência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se/ou vestir-se/uso do banheiro).
	Estrato 9	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais, para banhar-se ou vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVD básica preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho.

	Estrato 10	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se.
IDOSO FRÁGIL		
Baixa complexidade	Alta complexidade	Fase Final de Vida
Idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico - funcional. Nestes idosos, o acompanhamento geriátricogerontológico especializado, não necessita ser feito de forma intensiva. O foco das intervenções é a prevenção da piora funcional.	Idosos que apresentam dependência funcional nas AVD, associada a condições de saúde de difícil manejo, devido à dúvida diagnóstica ou terapêutica. O termo alta complexidade, sugere elevado potencial de ganho funcional ou de qualidade de vida. São aqueles que mais se beneficiam do acompanhamento intensivo de equipes geriátrico-gerontológicas especializadas.	Idosos que apresentam dependência funcional estabelecida, com sobrevida menor em número de meses. O foco são os cuidados paliativos, assim como o conforto ao paciente e seus familiares.

Fonte: Moraes e Lanna, 2016

6.4 Instabilidade Postural e Quedas

Instabilidade postural é a perda da capacidade individual para o deslocamento no ambiente de forma eficiente e segura. É a falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo durante seu movimento no espaço e está associada a alterações dos sistemas sensorial e motor, tanto pela involução motora decorrente do processo de envelhecimento, como por disfunções e doenças comuns aos idosos. Tais alterações são vistas como a dificuldade em manter o equilíbrio e podem ter conseqüências importantes para a saúde global do idoso, sendo a **queda** o desfecho mais temido.

Segundo a OMS, **queda** deve ser definida como o ato de “vir a inadvertidamente ter ao solo ou em outro nível inferior, excluindo-se mudanças de posições intencionais para se apoiar em móveis, paredes e outros objetos”.

As quedas estão entre os mais comuns e mais sérios problemas enfrentados pelos idosos. Ameaçam sua qualidade de vida, frequentemente levando a declínio da capacidade de auto cuidado e participação em atividades sociais e físicas. Além da redução da funcionalidade e institucionalização prematura, associam-se o aumento de morbidade e mortalidade.

Na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa há orientações para prevenção de quedas e informações sobre as quedas que o idoso sofreu. Além disso, é importante focar em mais ações de prevenção, pois as quedas devem ser evitadas, como apresentado no (QUADRO 7), algoritmo de prevenção de quedas em idosos.

Quadro 14 -Número e Taxa de Mortalidade (por 100mil habitantes) por quedas em idosos nas Regiões de Saúde, Piauí, 2019 a 2023.

Regiões de Saúde	2019	2020	2021	2022	2023	Total
	TBM	TBM	TBM	TBM	TBM	
	Quedas	Quedas	Quedas	Quedas	Quedas	
Cocais	13	30	20	26	37	126
Planície Litoranea	14	16	13	12	7	62
Carnaubais	8	7	12	14	15	56
Entre Rios	29	39	34	62	76	240
Vale do Sambito	3	2	1	7	10	23
Vale do Rio Guaribas	15	16	20	14	17	82
Vale do Canindé	8	2	4	6	8	28
Chapada vale do Itaim	3	3	1	3	6	16
Serra da Capivara	3	3	4	12	8	30
Vale dos Rios Piauí e Itaueira	6	15	8	6	18	53
Tabuleiros do Alto Parnaíba	2	0	0	3	3	8
Chapada das Mangabeiras	4	8	2	0	7	21
Total	108	141	119	165	212	745

Fonte: DATASUS/SUPAT/DUVAS/GVS/COORD.ANÁLISE

Aproximadamente metade das quedas ocasionam lesões, das quais 10% são graves, sendo as fraturas de fêmur as mais frequentes. As consequências das fraturas induzidas por quedas podem ser devastadoras...

Até 20% dos pacientes com fratura de quadril, morrem no primeiro ano após o acidente e os que sobrevivem dificilmente retornam ao nível anterior de funcionalidade.

Mesmo sem causar lesões físicas, as quedas podem trazer prejuízos aos idosos. O medo de cair, que se desenvolve em 20 a 39% das pessoas que caem, pode levar à limitação da mobilidade com prejuízo da funcionalidade.

O ambiente deve ser adaptado para evitar quedas, mas é importante também, fazer com que essas informações cheguem aos idosos e seus familiares, seja nos atendimentos ou nos espaços coletivos da saúde (QUADRO 8).

A reabilitação do idoso, após fratura do colo do fêmur deverá ser avaliada por uma equipe multidisciplinar durante a sua internação, para que a sua reabilitação no lar e na sociedade possa ocorrer o mais rápido possível, evitando, assim, a ocorrência ou o agravamento de comorbidades, como pneumonia, infecção hospitalar, úlcera por pressão e restrição ao leito.

Quadro 15 - Escala Ambiental do Risco de Quedas



ÁREAS DE LOCOMOÇÃO

Desimpedidas, com barras de apoio, revestimentos uniformes, sem tapetes ou com tapetes bem fixos.



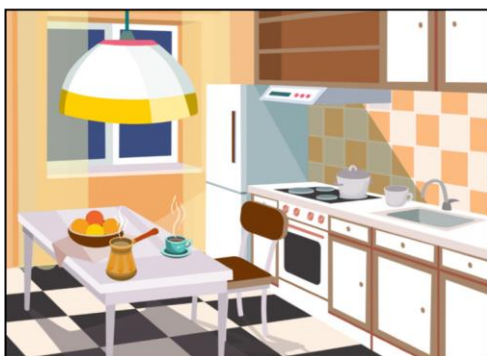
ILUMINAÇÃO

Suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus; interruptores acessíveis na entrada dos cômodos.



QUARTO DE DORMIR

Guarda-roupa com cabides facilmente acessíveis; cadeira permitindo sentar para se vestir; cama de boa altura (45cm).



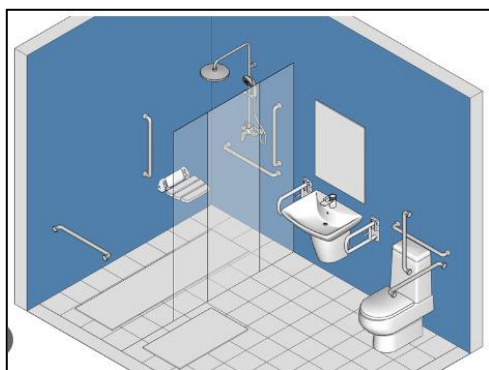
COZINHA

Armários baixos, sem necessidade de uso de escadas; piso seco.



ESCADAS

Revestimento antiderrapante, pintura com tinta amarela do primeiro e do último degrau da escada, corrimão bilateral sólido que se prolongue além do primeiro e último degraus. Uniformidade dos degraus, com revestimento antiderrapante dos espelhos.



BANHEIRO

Área do chuveiro com antiderrapante; box com abertura fácil ou cortina firme; presença de barras de apoio; altura adequada do vaso sanitário.



ÁREAS EXTERNAS

Regularidades sem obstáculos nos calçamentos; vasos de plantas em altura acessível sem necessidades de se abaixar.

6.5 Estratificação de Risco do Idoso na APS

A Estratificação de Risco e Grau de Fragilidade da Saúde do Idoso recebe os escores obtidos com aplicação do VES-13 (QUADRO 9).

O instrumento apresenta o risco e o grau de vulnerabilidade do idoso.

O VES-13 é um questionário composto por 13 itens, de fácil aplicação e duração média de 4 a 5 minutos, pode ser respondido pelo paciente ou pelos familiares/cuidadores.

Quadro 16 - Estratificação de Risco e Grau de Fragilidade da Saúde do Idoso

Estratificação de Risco da Saúde do Idoso, de acordo com VES-13		
Risco	Grau de fragilidade	VES-13
Baixo	Idoso Robusto	≤ 2
Médio	Idoso em Fragilização	3 a 6
Alto	Idoso Frágil	≥ 7

Fonte: SESA-PR, 2014.

Cada item recebe uma pontuação individual e o somatório pode variar entre zero e 10. Inicialmente o VES-13 classifica os idosos em dois grupos: **Vulneráveis (VES-13 ≥ 3)**; **Não Vulneráveis (VES-13 <3)**.

O aumento na pontuação obtida com a aplicação do VES - 13 tem relação linear com o risco de declínio funcional e óbito, de forma que o acréscimo de cada ponto no VES - 13 aumenta o risco de morte e de declínio funcional em 1,37 vezes (IC 1,25 a 1,50).

Para fins operacionais, a estratificação de risco e grau de fragilidade da saúde do idoso, de acordo com escores obtidos com aplicação do VES - 13, considera, além do grupo dos idosos robustos (VES-13 ≤ 2), dois subgrupos de idosos vulneráveis: **risco moderado ou em risco de fragilização (3 a 6 pontos); risco elevado ou frágil (≥ 7 pontos).**

O VES-13 deve ser aplicado a todos os idosos residentes na área de abrangência da UBS pela equipe, os resultados registrados serão analisados que classificará o risco de vulnerabilidade e definirá a prioridade para avaliação multidimensional na UBS, procedendo ao agendamento das consultas. **Deverão ter prioridade para seguir com a confirmação da estratificação e primeira etapa da avaliação multidimensional na UBS, os idosos com escore alto no VES-13.**

Quadro 17 – Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES – 13)

Variável		Classificação					
IDADE	75 a 84 anos	1					
	≥ 85 anos	3					
AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE Em geral, comparado com pessoas de sua idade, você diria que a sua saúde é:	Excelente	0					
	Muito boa	0					
	Boa	0					
	Razoável	1					
	Péssima	1					
LIMITAÇÃO FÍSICA Qual é o grau de dificuldade, em média, que você apresenta para realizar a seguinte atividade física:	Indinar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	a	b	c	d	e	Máximo 2 pontos
	Levantar ou carregar objetos com peso igual ou superior a 4,5kg	a	b	c	d	e	
	Alcançar ou estender os braços acima dos ombros	a	b	c	d	e	
	Escrever ou manipular e segurar pequenos objetos	a	b	c	d	e	
	Caminhar 400 metros	a	b	c	d	e	
	Realizar trabalhos domésticos pesados como esfregar o chão ou limpar as janelas	a	b	c	d	e	
	Não apresenta nenhuma dificuldade (pontuação: 0) Apresenta um pouco de dificuldade (pontuação: 0) Apresenta dificuldade (pontuação: 0) Apresenta muita dificuldade (pontuação: 1 ponto) Incapaz (pontuação: 1 ponto)						
INCAPACIDADES (04 pontos para uma ou mais respostas positivas) Como consequência de problemas de saúde ou de sua condição física, você tem alguma dificuldade para:	1. Comprar itens pessoais, como produtos de perfumaria ou medicamentos?					Máximo 4 pontos	
	Sim	Necessita de ajuda para comprar?	Sim				
	Não faz mais	Por causa de sua saúde?	Sim				
	Não						
	2. Controlar as finanças, como as despesas da casa ou pagar as contas?						
	Sim	Necessita de ajuda para controlar as finanças?	Sim				
	Não faz mais	Por causa de sua saúde?	Sim				
	Não						
	3. Caminhar pelo quarto, mesmo com uso de bengala ou andador?						
	Sim	Necessita de ajuda para caminhar?	Sim				
	Não faz mais	Por causa de sua saúde?	Sim				
	Não						
	4. Realizar trabalhos domésticos leves, como lavar pratos, organizar a casa ou limpeza leve?						
	Sim	Necessita de ajuda para trabalhos domésticos leves?	Sim				
	Não faz mais	Por causa de sua saúde?	Sim				
Não							
5. Tomar banho?							
Sim	Necessita de ajuda para tomar banho?	Sim					
Não faz mais	Por causa de sua saúde?	Sim					
Não							

Fonte: SESA/PR, 2014.

7.PROCESSO DE TRABALHO

7.1 Atribuições dos Profissionais da Equipe

Quadro 18 - Atribuições dos profissionais da APS na Atenção ao Idoso

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar busca ativa por meio da visita domiciliar; ● Identificar e cadastrar todos os idosos do território; ● Observar risco de quedas no domicílio utilizando protocolo específico; ● Informar sobre os serviços e oferecer orientações preventivas.
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TE)	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar busca ativa por meio da visita domiciliar; ● Acolher e vincular o idoso na UBS; ● Identificar e cadastrar todos os idosos do território; ● Aplicar o instrumento VES-13; ● Observar risco de quedas no domicílio utilizando protocolo específico; ● Alimentar bancos de dados, sob supervisão, do enfermeiro.
ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> ● Supervisionar ACS e AE na aplicação e avaliação do VES-13; ● Agendar consulta na UBS de acordo com prioridade definida pelo VES-13; ● Definir programação local; ● Elaborar agenda para atendimento dos idosos de acordo com risco definido - Realizar Consulta de Enfermagem; ● Encaminhar idosos para nível secundário de atenção, quando indicado pela Equipe interdisciplinar; ● Alimentar bancos de dados; ● Participar da Avaliação Multidimensional do Idoso para a Atenção Básica (AMIAB); ● Participar da elaboração do plano de cuidados; ● Avaliar e monitorar indicadores.
MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar Consulta Médica, solicitar exames, prescrever medicamentos; ● Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; ● Coordenar equipe multiprofissional no desenvolvimento da avaliação; ● Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
FISIOTERAPEUTA	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar ações de reabilitação física; ● Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; ● Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
PSICÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar ações necessárias ao suporte emocional dos idosos e cuidadores formais ou familiares; ● Realizar reabilitação cognitiva; ● Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; ● Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
NUTRICIONISTA	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar orientação nutricional; ● Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; ● Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
ASSISTENTE SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoiar idosos e familiares nas suas necessidades; ● Realizar encaminhamentos para a área social; ● Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; ● Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
TERAPEUTA OCUPACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar idosos em suas necessidades de adaptação individuais; ● Apoiar ACS e AE na avaliação domiciliar do risco de quedas; ● Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; ● Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
ODONTÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar Consulta, orientações e procedimentos odontológicos; ● Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; ● Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
FARMACÊUTICO	<ul style="list-style-type: none"> ● Organizar a assistência farmacêutica em todos seus aspectos; ● Oferecer suporte ao médico para a conciliação de medicamentos; ● Orientar os idosos para o uso correto das medicações; ● Participar da Avaliação e elaboração do plano de cuidados.
FONOAUDIÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabalhar aspectos relacionados à comunicação no que tange à audição e voz; ● Trabalhar aspectos relacionados à deglutição; ● Participar da Avaliação elaboração do plano de cuidados.

A coordenação do cuidado deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações das Regiões de Saúde, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade e as especificidades existente nos locais e comunidades em que vivem essas populações.

As pessoas que venham a ser acolhidas em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) devem ser referenciadas às equipes da APS, mesmo que sigam assistidas por serviços especializados. A sistematização das informações obtidas por meio da avaliação multidimensional contribui para a coordenação da RAS, ao possibilitar a identificação de características de saúde das pessoas idosas do território e o compartilhamento de informações do atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

Para a organização e planejamento da atenção à saúde da pessoa idosa, considerando a imensa diversidade de condições e de capacidades funcionais dos indivíduos, é necessária a realização da avaliação multidimensional, que permite identificar as necessidades de saúde e estratificar a população idosa.

A estratificação da população idosa é útil tanto para a organização de ações de saúde dirigidas ao coletivo, contemplando as necessidades gerais dos diferentes perfis da população, como para identificar e planejar intervenções específicas, voltadas a cada sujeito singular.

Um olhar ampliado permite a estruturação de políticas públicas mais abrangentes, ofertando cuidados gerais e coletivos. Por outro lado, um olhar mais específico leva à identificação das condições e necessidades de cada sujeito, em sua singularidade, permitindo a construção de projetos terapêuticos específicos. O olhar para cada indivíduo permite identificar sinais de alerta de situações que demandam intervenções oportunas a fim de se evitar ou minimizar as possibilidades de declínio ou perda funcional.

Assim sendo, o reconhecimento, o cadastramento e o acolhimento da população inserida aos territórios de responsabilidade sanitária de cada equipe da APS é o primeiro passo para identificar as necessidades de saúde da população idosa. As equipes de Saúde da Família (eSF), os ACS, as equipes dos E-MULTs, assim como equipes dos Consultórios na Rua (CnaR) e das UBS convencionais, devem realizar o mapeamento da comunidade e das suas necessidades de saúde, reconhecendo o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e a estrutura da RAS existente no seu território.

As atividades da vida diária (AVD) são tarefas cotidianas no ambiente onde se vive, sejam nos domicílios ou fora deles, e tarefas de cuidado com o próprio corpo. As perdas mais ou menos aceleradas da capacidade funcional dependerão da gravidade das ocorrências e das intervenções de cuidado. As condições e necessidades apresentadas pelas pessoas idosas podem mudar rapidamente, indicando a importância do cuidado oportuno e integral, para evitar o declínio e perdas funcionais.

A abordagem à pessoa idosa, portanto, não se restringe a uma ação relacionada a uma doença, ou grupo de doenças e agravos. A atenção às pessoas idosas considera, principalmente, a limitação funcional, e o nível de dependência familiar e/ou de outros cuidadores para o exercício de suas atividades de vida.

7.2 Ações nos Serviços de Saúde

A avaliação multidimensional da população idosa nas Regiões de Saúde objetiva a apresentação de um panorama dos perfis dos indivíduos da comunidade, de acordo com sua capacidade funcional.

Em primeiro lugar os serviços de saúde têm que cadastrar e avaliar os idosos da sua área de abrangência quanto as incapacidades funcionais, as limitações físicas, cognitivas e sensoriais, as condições de fragilidade, dispensando ações de promoção, prevenção, tratamento, e nas ações relacionados à dimensão micro (relativas ao processo de trabalho das equipes de saúde), conforme indicado no Quadro 11.

Quadro 19 - Detalhamento das ações nos serviços de saúde

Ações de Promoção, Prevenção, Tratamento
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoção do envelhecimento ativo e saudável; ✓ Orientação sobre alimentação; ✓ Incentivo e orientação à prática corporal e atividade física; ✓ Atividade em grupo (caminhada, verificação da Pressão Arterial (PA), glicemia capilar, etc); ✓ Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado e do autocuidado do idoso; ✓ Avaliação e orientação em saúde bucal; ✓ Orientação sobre menopausa e andropausa; ✓ Planejamento e a implementação das ações necessárias, para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso; ✓ Vacinação de acordo com o calendário de imunização.
Ações Relacionadas à Dimensão Micro (relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantação do fluxograma Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa (Figura 10); - Avaliação multidimensional da pessoa idosa pelos profissionais de nível superior na atenção primária, utilizando a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para realizar a avaliação multidimensional (aspectos funcionais, biológicos, sociais, culturais e ambientais), que permitirá a identificação dos idosos vulneráveis; ✓ Avaliação da funcionalidade da pessoa idosa pelo uso do VES-13; ✓ Investigação do suporte familiar e social; ✓ Orientação sobre os direitos da pessoa idosa; ✓ Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores; ✓ Atividades de Educação Permanente referentes à atenção a pessoa idosa e ao envelhecimento saudável; ✓ Alimentação dos sistemas de informação em saúde e análise dos dados para planejar, programar e avaliar as ações relativas a pessoa idosa. ✓ Prescrição de intervenções preventivas indicadas ou contraindicar quando os malefícios superarem os benefícios ou quando a relação custo-benefício das intervenções não for apropriada, independentemente da motivação do atendimento.

7.3 Ações Relacionadas a Sinais de Violência contra Pessoas Idosas

De acordo, com o Estatuto do Idoso, artigo nº 4º “Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”. Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde:

- Identificação de sinais de violência (afetiva, social, física, psicológica, sexual, econômica, institucional, abandono e negligência);
- Notificação compulsória de casos de violência (suspeita ou confirmada);
- Comunicação dos casos de violência para o Conselho de Direitos do Idoso ou para o Ministério Público e orientações sobre a prevenção da violência;
- Divulgação dos canais de denúncia Disque 100 (denúncia anônima) e Disque 190 (polícia militar piauiense).
- Encaminhamento dos idosos em situação de violência na rede intra (dentro do setor da saúde) e intersetorial (fora do setor da saúde) de acordo com a necessidade.

5.4 Ações Relacionadas à Prescrição de Medicamentos para Pessoas Idosas

Outro aspecto que merece bastante atenção refere-se à prescrição medicamentosa. Ao prescrever medicamentos a pessoas idosas, os profissionais de saúde devem ter claro o objetivo dessa indicação, fazer um planejamento para o tratamento e monitorar os resultados. É importante observar que é preciso:

- Iniciar tratamento com medidas não farmacológicas, sempre que possível;
- Conhecer todos os medicamentos em uso, inclusive os prescritos por outro profissional ou usado sem prescrição médica;
- Ao prescrever um medicamento, ter em mente o tempo durante o qual ele será necessário e como e quando deverá ser suspenso;
- Ajustar a dose com base na tolerabilidade e resposta ao tratamento;
- Usar o menor número possível de fármacos e esquemas posológicos simplificados;
- Oferecer instruções verbais e escritas, com letra legível ou impressas;
- Certificar-se de que as instruções foram compreendidas;
- Avaliar as dificuldades para adesão;
- Considerar a possibilidade de os medicamentos, em uso, serem causa de sintomas novos, antes de iniciar outra droga;
- Considerar que o objetivo do tratamento é a pessoa, e não a doença;
- Respeitar as preferências e possibilidades da pessoa idosa;

- Revisar regularmente o esquema terapêutico, buscando identificar drogas que já não são necessárias, ou que podem ter a dose reduzida;
- Prescrever medicamentos oferecidos pelo SUS, o que possibilita não interromper o tratamento prescrito;

7.5 Ações Relacionadas à Desprescrição de Medicamentos para Pessoas Idosas

Tão relevante, quanto o uso apropriado de fármacos é a tomada de decisão para a redução de doses, substituição ou suspensão destes quando necessário. A desprescrição é o ato de identificar e suspender drogas quando o risco potencial de prejuízo é maior que os benefícios que ela possa trazer, considerando os objetivos individuais do cuidado, o nível de funcionalidade, a expectativa de vida e os valores e preferências do paciente.

É importante observar na desprescrição:

- Revisar criteriosamente a prescrição, com o objetivo de identificar drogas inapropriadas para as pessoas idosas, passíveis de serem retiradas;
- Avaliar a desprescrição na polifarmácia, presença de reação adversa, falta de eficácia e mudanças nos objetivos do tratamento (que podem ocorrer nas doenças terminais, demência e fragilidade avançadas);
- Revisar todos os medicamentos utilizados, avaliar o estado físico e comportamental da pessoa idosa, e o contexto familiar;
- Avaliar adesão ao tratamento medicamentoso, interações e reação adversa a medicamentos;
- Revisar metas de atenção e objetivos do tratamento medicamentoso, relacionando expectativa de vida e o tempo necessário para obtenção do benefício esperado com o tratamento;
- Iniciar a desprescrição dos fármacos inapropriados, que causam prejuízos mais graves, seguindo com os medicamentos utilizados para prevenção, tratamento específico de enfermidades, de sintomas específicos ou de uso paliativo;
- Pactuar expectativas, crenças e preferências da pessoa idosa, adaptando a prescrição medicamentosa, às suas reais possibilidades;
- Verificar e monitorar as respostas ao tratamento, avaliar a adesão à desprescrição, detectar ressurgimento dos sintomas ou agravamento da doença de base;

É válido ressaltar que quando a desprescrição é realizada de forma progressiva, com supervisão atenta, as reações adversas de retirada são raras ou leves.

5.6 Ações Relacionadas ao Agendamento das Consultas de Acompanhamento

As pessoas idosas classificadas como em risco de fragilização e frágeis deverão ser submetidas, a avaliação multidimensional na APS e ter seu plano de cuidados elaborado. Para os idosos classificados como

robustos, a equipe deve seguir no modelo tradicional de cuidado, respeitando as particularidades deste segmento populacional.

Devem ser seguidos os parâmetros mínimos: uma consulta anual para os idosos robustos; duas consultas anuais para os idosos em risco de fragilidade e três consultas anuais para os idosos frágeis.

7.7 Ações Relacionadas ao Encaminhamento para a Atenção Secundária

Idosos considerados frágeis deverão ser encaminhados à Atenção Secundária - Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) de acordo com a necessidade.

Todos os idosos encaminhados deverão portar o plano de cuidados em execução na APS.

Uma vez realizada a avaliação interdisciplinar, a atenção secundária definirá quais idosos seguirão acompanhamento naquele nível de atenção e quais retornarão à APS, num fluxo de referência e contrarreferência.

As intervenções relacionadas à prevenção primária e secundária apresentam um impacto progressivamente menor, à medida que ocorre a redução da vitalidade. Dessa forma, tais medidas devem ser reavaliadas nos idosos frágeis, independentemente da idade. Quanto mais frágil for o indivíduo, menor é a probabilidade de melhoria da qualidade de vida, com as intervenções preventivas do tipo rastreamento e quimioprevenção. Nesses casos, a prevenção terciária e, principalmente, a quaternária deve prevalecer. Este é um aspecto de fundamental importância, a ser considerado na elaboração do plano de cuidados para idosos frágeis, a fim de se prevenir a iatrogenia provocada por intervenções que podem ser fúteis, como é o caso do rastreio e tratamento para dislipidemia em idosos longevos.

Nesta situação, as evidências são inconclusivas e é necessário pesar cuidadosamente a expectativa de vida, os objetivos do cuidado e os efeitos colaterais potenciais da terapia, pois se sabe que são necessários cerca de 3 a 5 anos de tratamento, para se obter os benefícios da intervenção. Assim, para indivíduos com expectativa de vida menor, o rastreamento provavelmente causará mais danos que benefícios.

Essa multiplicidade de ações exige a participação integrada da enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, dentre outros, dependendo de cada caso, e pressupõe a identificação de objetivos e a organização de ações praticadas dentro de um cronograma viável para as necessidades do paciente e a realidade do serviço.

Outro aspecto fundamental do Plano de Cuidados é a fase de implementação, que depende da rede de atenção à saúde existente. A continuidade ou coordenação do cuidado é particularmente importante no idoso frágil, que, muitas vezes, utiliza vários serviços e profissionais de forma desarticulada e fragmentada, aumentando o custo do tratamento e o risco de iatrogenia.

7.8 Cuidados Prolongados

A organização das Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) é uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e APS. A UCP, inclusive atua na atenção domiciliar, prévia ao retorno do idoso clinicamente estável ao domicílio (BRASIL, 2017e).

Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. Têm como objetivo a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia e/ou independência potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Sendo assim, o cuidado definido para essas unidades hospitalares atende às pessoas idosas que necessitam recuperar ou reabilitar a capacidade, de forma mais intensiva, durante ou após internação ou procedimento hospitalar realizado, para que possam retornar ao domicílio e aos cuidados da equipe da APS e/ou da atenção domiciliar de forma mais segura. As pessoas idosas que já apresentam declínio funcional em curso ou estabelecido são potencialmente as maiores beneficiárias dos cuidados prolongados, considerando o seu grau de fragilidade, o que pode demorar no processo de recuperação.

7.9 Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos são aqueles que não têm finalidade de cura. Então, não são executados para livrar um paciente de uma determinada condição, por exemplo. Em geral, são aplicados diante de um quadro que ameace a vida do paciente, em busca da melhoria da qualidade de vida.

Uma questão importante, na oferta de Cuidados Paliativos, é que eles devem ser iniciados a partir do diagnóstico de qualquer doença que ameace a continuidade da vida, associados ou não à terapia curativa. Podem se tornar a prioridade da assistência na fase avançada de evolução de uma doença incurável ou, ainda, tornar-se o foco exclusivo do cuidado na fase final de vida ou durante o processo ativo de morte.

Para tal, o cuidado deve ser adaptado às necessidades dos pacientes e suas famílias, acompanhando a progressão da doença até sua eventual fase final. E pode continuar após a morte do paciente por meio do apoio às famílias em seu processo de luto.

Para alcançar maior eficácia, a oferta de Cuidados Paliativos deve ser integrada ao sistema de saúde em todos os níveis de atenção, especialmente nos serviços de APS e domiciliares, como também devem ser adaptados à realidade cultural, social, econômica e ambiental de cada região. Faz-se necessário ainda que se mantenham estrategicamente vinculados aos serviços de prevenção, detecção precoce e tratamento das doenças nas diferentes fases da vida.

Quando a prática da atenção paliativa, focada nas necessidades do cuidado ao paciente é ofertada desde o diagnóstico de uma doença grave ou ameaçadora da vida, pode-se investir para melhorar sua qualidade de vida e sua capacidade de lidar com a situação de maneira mais adaptativa (BRASIL, 2018).

Outro ponto importante é a superação da visão de que “não há mais nada a fazer”, para a pessoa que se encontra em fase de final de vida. Ao invés disso, entende-se que, nessas situações, o foco do cuidado, precisa ser alterado. No contexto de terminalidade deve-se primar pelo controle dos sintomas e pelo investimento em cuidados que tragam bem estar, qualidade de vida e dignidade para a pessoa idosa e sua família nessa fase da vida, por meio de uma abordagem multidisciplinar, que inclui as dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais do ser humano, respeitando as características individuais de cada pessoa.

Para tal, recomenda-se que os Cuidados Paliativos sejam integrados ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) desde o diagnóstico, o qual deverá ser construído de forma conjunta com a pessoa e, se possível, incluindo seus familiares e cuidadores, os quais são fundamentais nesse processo, e também necessitam de atenção especial, para lidarem com a deterioração e possibilidade de perda de um ente querido.

Essa visão enfatiza que o Cuidado Paliativo não é um diagnóstico, não é uma fase da vida, tampouco é sinônimo de cuidado de fim de vida. Os Cuidados Paliativos consistem em abordagens, que promovem a qualidade de vida de pessoas, nos diferentes ciclos de vida, e de seus familiares, quando enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento, dado a outros problemas de natureza física, psicológica, social e espiritual.

8. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Entende-se que a atenção as pessoas idosas deve necessariamente, ser conduzida por uma rede intersetorial, uma vez que a saúde é apenas um dos aspectos que compõem o cuidado. Considerando a necessidade de ações em todos os campos que promovam e protejam o envelhecimento saudável algumas questões, notoriamente implicadas na autonomia e na qualidade de vida das pessoas idosas, apontam a necessidade de uma relação mais estreita dos serviços de saúde com os serviços socioassistenciais, vinculados aos demais sistemas, como: Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Sistema de Justiça e Direitos Humanos; Articulação com a Educação; Articulação com a Sociedade Civil Organizada; Articulação com o Esporte e Lazer, dentre outros. Para viabilizar o acesso aos cuidados de longa duração às tecnologias assistivas, à reabilitação profissional e a benefícios previdenciários e socioassistenciais.

Sabendo que a qualidade da articulação intersetorial depende de diálogo, planejamento e construção conjunta das políticas/programas/ações, tanto no âmbito das equipes das regiões de saúde quanto no plano da

gestão das políticas setoriais, esfera em que são tomadas as decisões nos municípios. É necessário, que os gestores definam os fluxos e instituam um espaço de gestão para a articulação entre as políticas, para que as equipes se sintam respaldadas e cumpram seu papel nos espaços de saúde em que atuam, portanto será papel desta Secretaria de Estado da Saúde do Piauí- SESAPI, promover a articulação com as instituições públicas acima citadas no intuito de garantir os direitos de todos os cidadãos piauienses com 60 ou mais anos, tendo por fundamento o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

9. INDICADORES DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO

Apresentam-se aqui alguns indicadores que podem orientar para análise da situação da população idosa.

a. Demográfico

O Estado do Piauí possui uma área de 251.577,738 Km², distribuídos em 224 municípios que juntos, concentram uma população de **3.271.199** habitantes, (IBGE/2022). Está localizado no noroeste da região Nordeste e tem como limites o oceano Atlântico ao norte; Ceará e Pernambuco ao leste; Bahia ao sul e sudeste, Tocantins a sudoeste e, o Maranhão ao oeste e noroeste.

De acordo com o último censo realizado, a população piauiense acima de 60 anos é de **433.439** habitantes, dos quais **188.228** são do sexo masculino, o que corresponde a 43,42% da população idosa e, **245.211** do sexo feminino, sendo **56,58%** (IBGE, 2022), apresentando uma densidade populacional igual a **12,99** hab/Km² com renda per capita da ordem de R\$ 1.342,00 e o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,69 Em 2021.

No contexto atual, dos 224 municípios do Estado, apenas *Teresina e Parnaíba* apresentam população superior a 100.000 habitantes. Em 198 municípios do Piauí o contingente populacional é inferior a 20.000 habitantes, ao passo que, em 24 municípios, a população distribui-se de 20.001 até 100.000 habitantes. As regiões centro e norte do Piauí apresentam as maiores concentrações populacionais. A Capital, Teresina, conta com um contingente populacional de **866.300** pessoas (IBGE/2022), concentrando cerca de **26,48%** da população do Estado, dessa forma, contribuindo significativamente para o predomínio da população urbana sobre a população rural.

- a - Índice de envelhecimento da população;
- b - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade;
- c- População de 60 anos ou mais residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado;
- d- Percentual de idosos de 85 anos ou mais, em relação à população idosa total, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado;
- e- Proporção de domicílios com moradores idosos de 60 anos ou mais, cadastrados numa UBS, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.



ANEXOS

MACRORREGIÃO LITORAL (COCAIS E PLANÍCIE LITORÂNEA)

Ord	Município	Pop_ Censo 2022	População 60 anos e mais	Percentual da população	Índice de Envelhecimento
1	Barras	47.938	5.928	12,4	51,5
2	Batalha	26.300	3.609	13,7	61,5
3	Brasileira	8.436	1.204	14,3	68,7
4	Campo Largo do Piauí	7.419	715	9,6	32,5
5	Capitão de Campos	11.100	1.627	14,6	65,4
6	Domingos Mourão	4.075	599	14,7	56,8
7	Esperantina	40.970	5.173	12,6	56,8
8	Joaquim Pires	13.886	1.678	12,1	49,5
9	Joca Marques	5.394	540	10,0	35,3
10	Lagoa de São Francisco	6.331	837	13,2	52,1
11	Luzilândia	25.375	3.425	13,5	54,9
12	Madeiro	8032	869	10,8	38,7
13	Matias Olímpio	10641	1.237	11,6	40,3
14	Milton Brandão	6542	922	14,0	66,5
15	Morro do Chapéu do Piauí	6425	845	13,1	51,2
16	Nossa Senhora dos Remédios	8525	946	11,0	38,5
17	Pedro II	37894	6.229	16,4	74,2
18	Piracuruca	28846	3.806	13,1	63
19	Piripiri	65538	9.494	14,5	72,3
20	Porto	12052	1.221	10,1	32,8
21	São João da Fronteira	5522	701	12,7	49
22	São João do Arraial	8186	925	11,3	42,4
23	São José do Divino	4841	675	13,9	61,6
24	Bom Princípio do Piauí	5636	715	12,7	55,9
25	Buriti dos Lopes	19654	2.481	12,6	50,8
26	Cajueiro da Praia	7957	845	10,6	49,2
27	Caraúbas do Piauí	5630	661	11,7	44,3
28	Caxingó	5496	503	9,1	34,4
29	Cocal	28212	3.180	11,3	45,5
30	Cocal dos Alves	6386	739	11,6	55,9
31	Ilha Grande	9274	1.106	11,9	48,3
32	Luís Correia	30641	3.529	11,5	49,8
33	Murici dos Portelas	9797	1.003	10,2	38,7
34	Parnaíba	162159	19.305	11,9	59,6
Total		691,110	87.272	12,63	?
01	Cocais (Piripiri)	400,268	53.205	13,3	56,9
02	Planície Litorânea (Parnaíba)	290,842	34.067	11,7	53,6

MACRORREGIÃO MEIO NORTE (CARNAUBAIS E ENTRE RIOS)

Ord	Município	Pop_ Censo 2022	População 60 anos e mais	Percentual da população	Índice de Envelhecimento
01	Agricolândia	4.940	940	19,0	86,9
02	Água Branca	17.573	2.388	13,5	59,2
03	Alto Longá	13.479	2.453	18,1	84,6
04	Altos	47.453	5.527	16,4	59,9
05	Amarante	17.234	2.840	16,4	66,4
06	Angical do Piauí	6.827	1.290	18,8	102,2
07	Barro Duro	6.640	1.036	15,6	63,9
08	Benedictinos	9.929	1.685	16,9	75,5
09	Coivaras	4.117	554	13,4	58,7
10	Currupinheiros	4.413	534	12,1	45,6
11	Demerval Lobão	16.352	1.904	11,6	60,7
12	Hugo Napoleão	3.518	574	16,3	70,3
13	Jardim do Mulato	4.180	648	15,5	63,2
14	José de Freitas	42.559	5.008	11,7	54,9
15	Lagoa Alegre	8.256	1.048	12,7	50,4
16	Lagoa do Piauí	4.810	536	11,1	55,9
17	Lagoinha do Piauí	2.939	409	13,9	64,6
18	Miguel Alves	32.150	3.920	12,2	41,9
19	Miguel Leão	1.318	161	50,6	52,6
20	Monsenhor Gil	10.255	1.680	16,3	77,4
21	Nazária do Piauí	10.262	1.148	11,1	53,3
22	Olho d'Água do Piauí	2.637	335	12,7	52,9
23	Palmeirais	13.264	1.903	58,3	49,2
24	Passagem Franca do Piauí	4.135	478	11,5	44,6
25	Pau d'Arco	3.880	590	15,2	58,6
26	Regeneração	17.133	2.604	15,2	61,4
27	Santo Antônio dos Milagres	2.138	253	11,8	43,8
28	São Gonçalo do Piauí	2.947	673	22,8	54,8
29	São Pedro do Piauí	13.755	1.920	13,9	56,4
30	Teresina	866.300	10.7459	12,4	61,5
31	União	46.119	5.827	12,6	53,9
32	Assunção do Piauí	7.452	849	11,39	37,9
33	Boa Hora	6.902	811	11,75	44,3
34	Boqueirão do Piauí	6.545	1.085	16,57	74,7
35	Buriti dos Montes	7.434	1.126	15,14	62,9
36	Cabeceiras do Piauí	10.212	1.576	15,43	70,7
37	Campo Maior	45.793	7.377	16,10	82,8
38	Castelo do Piauí	19.288	3.263	16,91	75,1
39	Cocal de Telha	4.911	784	17,44	78,2
40	Jatobá do Piauí	4.494	849	18,89	83,1
41	Juazeiro do Piauí	5.214	689	13,21	50,6
42	Nossa Senhora de Nazaré	5.228	856	16,37	89,0
43	Novo Santo Antonio	2.827	516	18,25	92,0
44	São João da Serra	6.114	1.275	20,85	101,4
45	São Miguel do Tapuio	17.554	2.723	15,51	71,9
46	Sigefredo Pacheco	9.460	1.600	16,91	75,8
Total		1.400.940	183.704	13,1	49,8
01	Entre Rios	1.228.380	25379	15,9	48,3
02	Carnaubais	1.241.512	158325	12,7	62,7

MACRORREGIÃO SEMIÁRIDO (VALE DO CANINDÉ, VALE DO SAMBITO, VALE DO RIO GUARIBAS E VALE DO RIO ITAIM)

Ord	Município sede da Região	Pop_ Censo 2022	População 60 anos e mais	Percentual da população	Índice de Envelhecimento
1	Bela Vista do Piauí	4091	428	10,4	48,4
2	Cajazeiras do Piauí	3108	493	15,8	59,8
3	Campinas do Piauí	4938	856	17,3	66,7
4	Colônia do Piauí	6994	1.115	15,9	70,0
5	Conceição do Canindé	4932	793	16,0	82,1
6	Floresta do Piauí	2333	494	21,1	115,4
7	Isaias Coelho	7774	1.096	14,0	54,9
8	Oeiras	38161	5.104	13,3	61,7
9	Santa Rosa do Piauí	4650	775	16,6	68,8
10	Santo Inácio do Piauí	3646	668	18,3	92,6
11	São Francisco de Assis do Piauí	5572	612	10,9	42,5
12	São João da Varjota	4383	628	14,3	50,7
13	Simplício Mendes	13870	1.818	13,1	66,4
14	Tanque do Piauí	2316	358	15,4	57,9
15	Aroazes	5369	1.048	19,5	85,1
16	Barra D'Alcântara	3935	672	17,0	81,1
17	Elesbão Veloso	13607	2.565	18,5	92,1
18	Francinópolis	4505	956	21,2	90,6
19	Inhuma	14958	2.286	15,3	69,8
20	Lagoa do Sítio	4520	774	17,1	63,7
21	Novo Oriente do Piauí	6097	1.164	19,0	96,8
22	Pimenteiras	11341	1.793	15,8	68,0
23	Prata do Piauí	3042	576	18,9	87,7
24	Santa Cruz dos Milagres	3435	585	17,0	63,4
25	São Félix do Piauí	2842	650	22,8	124,3
26	São Miguel da Baixa Grande	2269	440	19,3	89,2
27	Valença do Piauí	22279	3.816	17,1	95,8
28	Várzea Grande	4471	829	18,5	98,8
29	Alagoinha do Piauí	6819	1.219	17,8	84,8
30	Alegrete do Piauí	4634	673	14,5	61,7
31	Aroeiras do Itaim	2690	405	15,0	84,9
32	Bocaína	4078	823	20,1	108,0
33	Campo Grande do Piauí	6020	807	13,4	64,7
34	Dom Expedito Lopes	6320	1.016	16,0	75,4
35	Francisco Santos	8237	1.268	15,3	61,7
36	Fronteiras	10259	1.589	15,4	64,4
37	Geminiano	5446	707	12,9	59,4
38	Ipiranga do Piauí	9420	1.429	15,1	70,9
39	Itainópolis	10790	2.123	19,6	110,7
40	Monsenhor Hipólito	7577	1.326	17,5	85,8
41	Paquetá	3813	595	15,6	77,7
42	Picos	83090	9.358	11,2	59,5
43	Pio IX	17613	2.194	12,4	54,2
44	Santa Cruz do Piauí	5831	1.056	18,1	83,8

PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E LINHA DE CUIDADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

45	Santana do Piauí	4125	708	17,1	77,0
46	Santo Antônio de Lisboa	5839	1.005	17,2	77,1
47	São João da Canabrava	4242	799	18,8	89,1
48	São José do Piauí	6597	1.115	16,9	84,1
49	São Julião	6025	1.039	17,2	83,3
50	São Luís do Piauí	2309	411	17,7	74,9
51	Sussuapara	6220	1.041	16,7	84,2
52	Vera Mendes	3185	504	15,8	80,5
53	Vila Nova do Piauí	2935	422	14,3	86,8
54	Wall Ferraz	4059	633	15,5	63,8
56	Acauã	6420	903	14,0	58,4
56	Belém do Piauí	3423	436	12,7	58,4
57	Betânia do Piauí	6220	686	11,0	42,8
58	Caldeirão Grande do Piauí	5503	763	13,8	60,7
59	Caridade do Piauí	5033	569	11,3	46,3
60	Currual Novo do Piauí	5073	564	11,1	37,9
61	Francisco Macedo	2929	376	12,8	51,2
62	Jacobina do Piauí	5613	867	15,4	79,0
63	Jaicós	17527	2.632	15,0	59,7
64	Marcolândia	8533	892	10,4	38,3
65	Massapê do Piauí	5218	987	18,9	71,4
66	Padre Marcos	6382	1.115	17,4	86,8
67	Patos do Piauí	5425	1.087	20,0	84,7
68	Paulistana	21055	2.642	12,5	54,4
69	Queimada Nova	8738	1.217	13,9	67,3
70	Simões	14350	1.772	12,3	47,1
Total		575.058	101.433	11,7	53,6
01	Vale do Canindé (Oeiras)	106.768	13.998	13,1	57,3
02	Vale do Sambito (Valença)	102.676	18.154	17,6	71,3
03	Vale do Rio Guaribas (Picos)	238.172	51.773	21,7	60,7
04	Vale do Rio Itaim (Paulistana)	127.442	17.508	13,7	49,7

MACRORREGIÃO CERRADOS (CHAPADA DAS MANGABEIRAS, VALES DO RIO PIAUÍ E ITAUEIRA, SERRA DA CAPIVARA E TABULEIROS DO ALTO PARNAÍBA)

Ord	Município	Pop_ Censo 2022	População 60 anos e mais	Percentual da população	Índice de Envelhecimento
1	Alvorada do Gurgueia	5322	552	10,3	36,1
2	Avelino Lopes	10866	1.612	14,8	60,9
3	Barreiras do Piauí	3264	416	12,7	53,7
4	Bom Jesus	28796	2.093	7,2	31,7
5	Corrente	27278	2.981	10,9	45,0
6	Cristalândia do Piauí	7356	1.058	14,3	47,4
7	Cristino Castro	10503	1.300	12,3	51,0
8	Curimatá	11270	1.366	12,1	48,8
9	Currais	4854	599	12,3	41,9
10	Guilbués	10892	1.327	12,1	47,2
11	Júlio Borges	5388	771	14,3	55,8
12	Monte Alegre do Piauí	10660	1.180	11,0	51,5
13	Morro Cabeça no Tempo	4377	546	12,4	47,6
14	Parnaguá	4952	1.202	24,2	41,6
15	Palmeira do Piauí	10103	649	6,4	52,4
16	Redenção do Gurgueia	8.394	1.042	12,4	43,6
17	Riacho Frio	4.165	437	7,1	36,4
18	Santa Filomena	6.087	633	10,3	36,6
19	Santa Luz	5.336	729	13,6	47,9
20	Sebastião Barrlos	4.446	370	8,3	38,4
21	São Gonçalo do Gurgueia	3.202	341	10,6	44,6
22	Arraial	4.520	678	15,0	68,1
23	Bertolinia	5.562	781	14,0	64,1
24	Brejo do Piauí	3.904	505	12,9	59,2
25	Canavieira	3.414	584	17,1	64,5
26	Canto do Buriti	19.365	3.217	16,6	73,2
27	Colônia do Gurgueia	6.150	823	13,3	47,9
28	Elizeu Martins	4.377	824	18,8	77,6
29	Flores do Piauí	4.414	677	15,3	65,3
30	Floriano	62.036	8.138	13,1	66,6
31	Francisco Ayres	4.412	862	19,5	93,9
32	Guadalupe	10.270	1.393	13,5	60,7
33	Itaueira	10.323	1.702	16,4	72,6
34	Jerumenha	4.497	712	15,8	77,0
35	Landri Sales	5.213	929	17,8	79,8
36	Manoel Emídio	5.209	751	14,4	68,8
37	Marcos Parente	4.724	744	15,7	69,7
38	Nazaré do Piauí	6.665	1.261	18,9	80,1

PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E LINHA DE CUIDADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

39	Paes Landim	4.088	681	16,6	81,5
40	Pajeú do Piauí	3.000	662	22,0	98,8
41	Pavussu	3.628	612	16,8	91,1
42	Pedro Laurentino	2.458	280	11,3	38,9
43	Porto Alegre do Piauí	2.364	347	10,3	51,3
44	Ribeira do Piauí	4.055	567	13,9	52,3
45	Rio Grande do Piauí	5.801	1.127	19,4	81,1
46	São Francisco do Piauí	5.392	1.095	20,3	89,3
47	São José do Peixe	3.297	612	18,5	72,0
48	São Miguel do Fidalgo	2.829	373	13,1	47,1
49	Socorro do Piauí	4.141	704	17,0	67,5
50	Tamboril do Piauí	2.949	348	11,8	52,5
51	Anísio de Abreu	9.407	1.138	12,0	48,5
52	Bonfim do Piauí	5.913	822	13,9	63,9
53	Campo Alegre do Fidalgo	4.616	562	12,1	45,8
54	Capitão Gervásio Oliveira	3.974	491	12,3	50,5
55	Caracol	10.318	1.139	11,0	39,9
56	Coronel José Dias	4.250	678	15,9	74,8
57	Dirceu Arcoverde	7.054	1.069	15,1	75,7
58	Dom Inocêncio	9.159	1.431	15,6	72,7
59	Fartura do Piauí	5.284	783	14,8	64,8
40	Guaribas	4.278	402	9,3	33,9
41	João Costa	2.970	384	12,9	60,2
42	Lagoa do Barro do Piauí	4.995	632	12,6	62,3
43	Jurema	4.425	600	13,5	55,5
44	Nova Santa Rita	4.076	498	12,2	46,6
45	Pedro Laurentino	2.458	280	11,3	38,9
46	São Braz do Piauí	4.358	675	15,4	75,8
47	São João do Piauí	21.421	2.630	12,2	54,0
48	São Lourenço do Piauí	4.410	807	18,2	100,7
49	São Raimundo Nonato	30.934	3.969	12,8	48,3
50	Várzea Branca	5.055	581	11,4	50,2
51	Antônio Almeida	3.152	464	14,7	70,5
52	Baixa Grande do Ribeiro	13.272	864	6,5	25,8
53	Ribeiro Gonçalves	6.164	755	12,2	37,1
54	Sebastião Leal	4.446	549	12,3	52,4
55	Uruçuí	25.203	2182	8,6	39,9
Total		812.949	77.578	9,5	46,5
01	Chapada das Mangabeiras (Bom Jesus)	187.511	21.204	11,3	44,1
02	Vale dos Rios Piauí e Itaueira (Floriano)	423.846	31.989	21,4	70,7
03	Serra da Capivara (São Rdo Nonato)	149.355	19.571	13,1	54,9
04	Tabuleiros do Alto Parnaíba (Uruçuí)	52.237	4.814	9,2	38,3

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa:** no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018. 95p.
- _____. _____. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 2, de 28 de setembro de 2017 – Anexo XII.** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 a.
- _____. _____. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 3, de 20 de setembro de 2017 – Anexo I.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.
- _____. _____. **Caderneta de saúde da pessoa idosa.** 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. 61p
- _____. _____. **Atenção especializada e hospitalar:** Cuidados prolongados. 2017e. Publicado 30 junho 2017, atualizado 30 agosto 2017. Disponível: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/cuidados-prolongados>>. Acesso em 14/09/2023.
- _____. _____. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 – Anexo XXIII.** Política nacional de atenção básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. _____. **Metas e indicadores para composição da parte II do contrato organizativo de ação pública.** Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Administrativa, 2012. 85 p.
- _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
- _____. _____. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, 2012. 101p. (Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar, v.1).
- _____. _____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, 2006. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento.** (Pactos pela Saúde, v.12). Brasília (DF): 2006.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CATARINA, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte. **Escala de Depressão Geriátrica (EDG).** s./d. Disponível em: <http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/gds.pdf>. Acesso em: 18/10/2023.