

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Assistência à Saúde

REDES ESTADUAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

GUIA OPERACIONAL
e
PORTARIAS RELACIONADAS

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF
2002

© 2002. Ministério da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 3.000 exemplares

Barjas Negri
Ministro de Estado da Saúde

Silvandira Paiva Fernandes
Chefe de Gabinete

Renilson Rehem de Souza
Secretário de Assistência à Saúde

Sonia Barros
Diretora de Assessoria Técnica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Assistência à Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 1.º andar, sala 140
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 315 2859 / 315 3315
Fax: (61) 315 3422 / 315 3403

Coordenação da Área de Atenção à Saúde do Idoso:

Jorge Alexandre Silvestre (Coordenador)
Yeda Oliveira Duarte
Marisa Accioly Domingues

Agradecimentos:

Queremos agradecer aos consultores que nos deram valiosas contribuições à elaboração deste Projeto:
Eduardo Osvaldo Mishima
Luiz Roberto Ramos
Marcelo Mourão
Sérgio Antonio Sirena
Wilson Jacob Filho

Projeto gráfico: Thiago Antonucci

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde.
Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde –
Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0646-0

1. Saúde do Idoso. 2. Serviços de Informação. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WT 104

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

REDES ESTADUAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

– GUIA OPERACIONAL

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
PARTE I: BRASIL – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO	7
1. O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	7
1.1 - Tamanho e crescimento: Tendências atuais e futuras	7
1.2 - Os fatores de envelhecimento: fecundidade e mortalidade	7
1.3 - Expectativa de vida ao nascer	8
1.4 - Esperança de vida aos 60 anos de idade	9
1.5 - Índice de envelhecimento	9
2. ESTADO DE SAÚDE DOS IDOSOS BRASILEIROS	10
2.1 - Mortalidade	10
2.2 - Saúde percebida e incapacidade funcional	10
2.3 - Morbidade	11
2.4 - Acesso a serviços de saúde e adequação dos mesmos	11
3. CONCLUSÕES	11
4. REFERÊNCIAS	12
PARTE II: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	15
1. EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA NA REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	16
2. REDES ESTADUAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	17
3. CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO	17
4. REFERÊNCIAS	19
PARTE III: GUIA PARA ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	20
1. INTRODUÇÃO	20
2. ESTRUTURA NECESSÁRIA PARA A ORGANIZAÇÃO DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO	20
2.1 - Quanto às instalações físicas	20
2.2 - Quanto aos Recursos Humanos	20
2.3 - Quanto aos Materiais e Equipamentos	21
2.4 - Quanto aos Recursos Diagnósticos	21
2.5 - Quanto aos Recursos Terapêuticos, deve contar com	21
2.6 - Quanto ao Registro dos Pacientes	21
2.7 - Quanto à remoção e transporte de pacientes	22
2.8 - Quanto às normas, rotinas e treinamentos, deve possuir	22
3. PROCESSO DE CADASTRAMENTO DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA	22
4. MODALIDADES ASSISTENCIAIS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO	22
4.1 - Internação Hospitalar	22
4.2 - Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso	23
4.3 - Hospital-Dia Geriátrico	24
4.4 - Assistência Domiciliar	26

4.5 - Assistência Domiciliar de Média Complexidade	27
4.5.1 - Normas gerais	27
4.5.2 - Normas específicas para assistência domiciliar de média complexidade	27
4.5.3 - Normas específicas para assistência domiciliar de curta permanência	28
4.5.4 - Normas específicas para assistência domiciliar de média permanência	29
4.5.5 - Normas específicas para assistência domiciliar de longa permanência	30
5. REFERÊNCIAS	31
PARTE IV: CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO E MANUTENÇÃO DO CADASTRAMENTO	32
1. ROTEIRO PARA CADASTRAMENTO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO	32
1.1 - Planejamento/Distribuição de Serviços	32
1.2 - Quantitativo de Centros de Referência por estado	32
1.3 - Condições essenciais para cadastramento de um centro de referência em assistência à saúde do idoso	32
1.4 - Processo de cadastramento	34
2. ROTEIRO PARA CADASTRAMENTO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO COM PENDÊNCIA(S)	34
2.1 - Planejamento/Distribuição de Serviços	34
2.2 - Características de um centro de referência em assistência à saúde do idoso com pendências	35
2.3 - Processo de cadastramento de centro de referência em assistência à saúde do idoso com pendência(s)	35
2.4 - Mudança de centro com pendência(s) para centro de referência em assistência à saúde do idoso	36
3. MANUTENÇÃO DO CADASTRO E DESCADASTRAMENTO	36
3.1 - Processo de Manutenção do Cadastramento	36
3.2 - Processo de Descadastramento	36
3.3 - Processo de descadastramento de centro em assistência à saúde do idoso com pendência(s)	36
3.4 - Processo de prorrogação do cadastramento de centro de referência em saúde do idoso com pendência(s) não resolvidas	37
4. ROTEIRO PARA CADASTRAMENTO POR SOLICITAÇÃO ESPONTÂNEA DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO OU CENTROS COM PENDÊNCIAS	37
PARTE V: QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO	38
PARTE VI: PORTARIA GM/MS N.º 1.395/99 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO	49
PARTE VII: PORTARIA GM/MS N.º 702/2002 REDES ESTADUAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	73
PARTE VIII: PORTARIA GM/MS N.º 738/2002 INCLUSÃO ASSIST. DOMICILIAR E HOSP.-DIA GERIÁTRICO NO FAEC	76
PARTE IX: PORTARIA SAS/MS N.º 249/2000 REDES ESTADUAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO	78
PARTE X: PORTARIA GM/MS N.º 280/1999 ACOMPANHANTE HOSPITALAR DE IDOSO	95
PARTE XI: PORTARIA GM/MS N.º 703/2002 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER	96
PARTE XII: PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – DEMÊNCIA POR DOENÇA DE ALZHEIMER	97

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e sua Assessoria Técnica, com o objetivo de facilitar as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal em identificar e cadastrar Centros de Referência em Saúde do Idoso, bem como sua avaliação inicial e periódica, fundamentais no estabelecimento e manutenção das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, conforme estabelecidas pela Portaria Ministerial GM/MS N.º 702/2002, oferece esta publicação. A mesma pode servir como um guia operacional para o cadastramento, manutenção do cadastro e operacionalização dos referidos centros. Incluiu-se, também, as principais portarias referentes à matéria.

Inicia-se com um resumo que trata das mudanças demográficas porque passa o país e do impacto que as mesmas têm causado no setor Saúde, o qual ainda apresenta lacunas importantes em relação a este grupo populacional. Isto se deve tanto pelo pouco número de profissionais capacitados em saúde do idoso quanto pela falta de modalidades assistenciais mais humanizadas e eficazes, necessárias a este grupo populacional, que é o que mais cresce em nosso País.

Na segunda parte, discorre-se sobre o propósito basilar e diretrizes essenciais da Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como sua operacionalização. Assume-se, idealmente, a Estratégia de Saúde da Família representando o vínculo do idoso com o sistema de saúde. Após é introduzida a concepção das Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso, formalizada pela Portaria GM/MS N.º 702/2002, constituídas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Este projeto visa, principalmente, a oferecer e viabilizar modalidades extra-hospitalares de atenção à saúde do idoso, tais como Hospital-Dia Geriátrico e Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso de Média Complexidade de Curta, Média e Longa Permanência.

Na terceira parte desta publicação, apresenta-se um guia para estruturação e operacionalização dos Centros de Referência, onde constam desde detalhes de estrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos necessários, bem como das modalidades assistenciais previstas.

Na quarta parte, trata-se das rotinas para cadastramento e manutenção de cadastramento dos Centros de Referência. Na quinta parte, inclui-se um questionário de auto-avaliação para os centros de referência, que serve para os mesmos avaliarem suas práticas, como um guia para o gestor realizar a avaliação inicial do estabelecimento de saúde postulante à condição de Centro de Referência, como para as avaliações periódicas.

No final desta publicação, apresentamos, na íntegra, as sete Portarias que serviram de base à realização deste trabalho executado pela Assessoria Técnica (ASTECS), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS).

Esperamos, com esta publicação, estar contribuindo para a implantação e implementação dos Serviços de Referência em Saúde do Idoso, para que se possa qualificar a assistência à saúde desta população.

Sonia Barros
ASTECS/SAS/MS

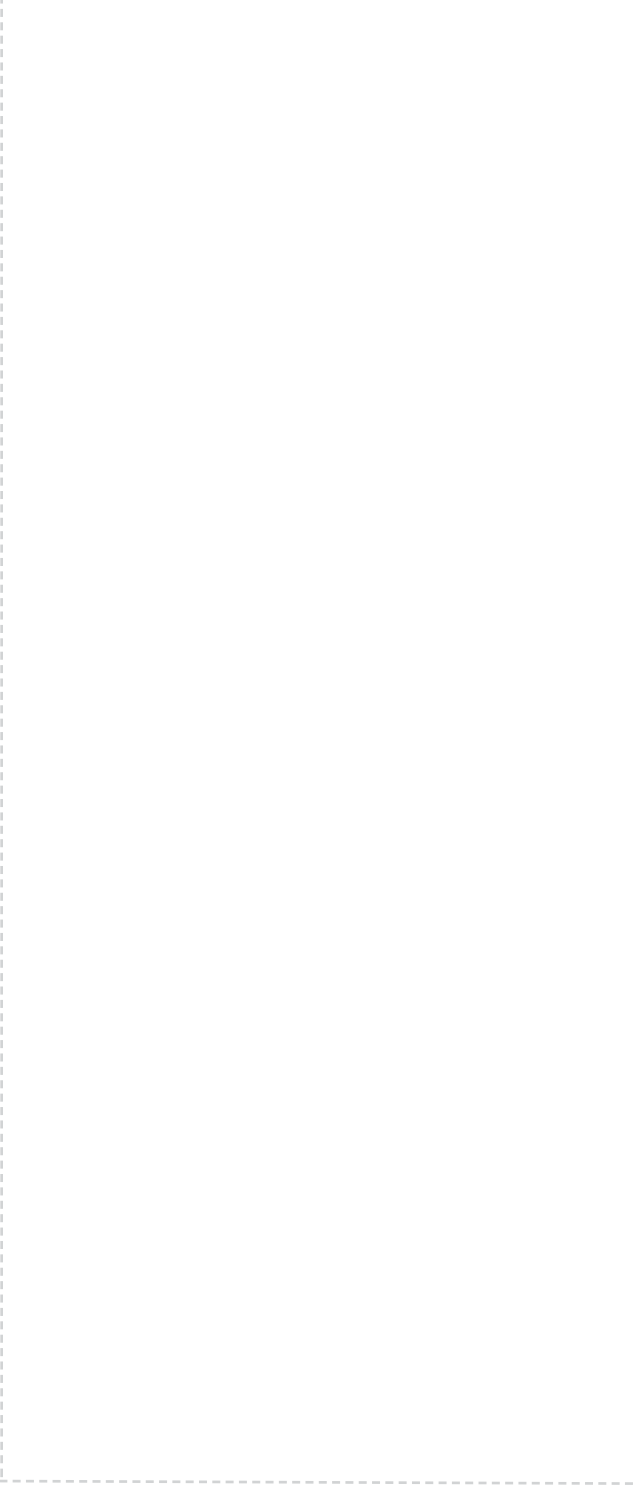
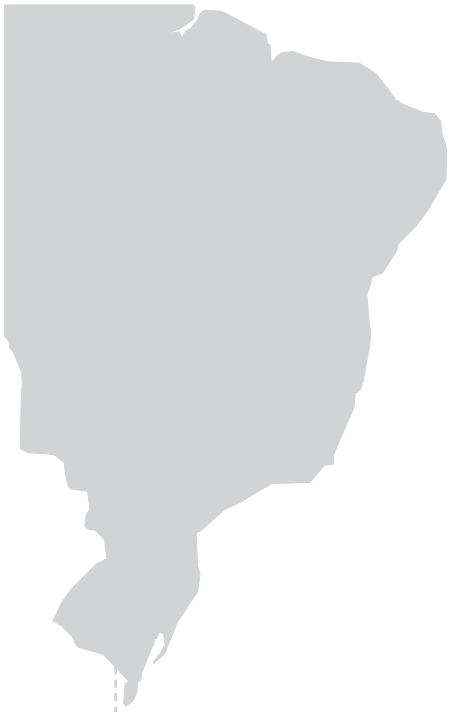
Diretora

Renilson Rehem de Souza

SAS/MS

Secretário





PARTE I: BRASIL – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO

1. O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

1.1- *Tamanho e crescimento: tendências atuais e futuras*

No Brasil, sempre tivemos o conceito de que éramos um país jovem e que o problema do envelhecimento dizia respeito aos países europeus, norte-americanos e Japão. Realmente, nestes países se vive mais, existe uma maior expectativa de vida. No entanto, poucos se deram conta de que desde os anos 60, a maioria dos idosos em números absolutos vivem em países do terceiro mundo e as projeções estatísticas demonstram que esta é a faixa etária que mais crescerá na maioria dos países menos desenvolvidos. Entre os países que terão as maiores populações de idosos daqui a menos de 30 anos, oito se situam na categoria de países em desenvolvimento. Teremos a substituição das grandes populações idosas dos países europeus pelas de países “jovens”, como a Nigéria, Paquistão, México, Indonésia ou Brasil.

No final do século 20, assistimos no Brasil a um verdadeiro “boom” de idosos. A faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce em termos proporcionais. Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total, o que nos colocará em termos absolutos com a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.

As projeções estatísticas demonstram que a proporção de idosos no País passará de 7,3% em 1991 (11 milhões) para quase 15% em 2025, que é a atual proporção de idosos da maioria dos países europeus, os quais tiveram sua transição demográfica de maneira mais lenta e que ainda não conseguiram equacioná-la.

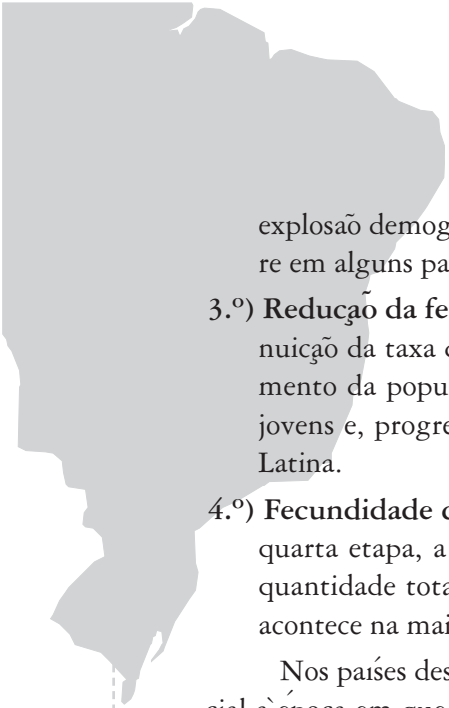
O censo populacional de 1991 demonstrou um crescimento populacional bem aquém do esperado por muitos. Estes ainda acreditavam que estavam vivendo no período da “franca explosão demográfica”, que ocorreu a partir da segunda guerra mundial, onde a mortalidade começava a declinar e a fecundidade permanecia alta, período que se completou no começo dos anos 70 com o início da queda acentuada da fecundidade. Esta ilusão se deve, principalmente, ao fato de ainda assistirmos ao grande aumento de nossas cidades. Este aumento urbano é fruto de uma acelerada e constante migração rural. No Brasil, o principal impacto social, na segunda metade do século, foi proporcionado pelo aumento absoluto e relativo da população adulta e idosa.

1.2- *Os fatores de envelhecimento: fecundidade e mortalidade*

Este fenômeno, que denominamos de transição demográfica, se caracteriza pela passagem de uma situação de alta mortalidade mais alta fecundidade, com uma população predominantemente jovem e em franca expansão, para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade.

A **Transição demográfica** se fez em quatro etapas:

- 1.º) **Alta fecundidade/Alta mortalidade:** numa primeira etapa, tínhamos uma taxa de nascimentos muito alta, que era compensada por uma taxa de mortalidade também muito alta. Dessa maneira, a população se mantinha mais ou menos estável com uma grande percentagem de jovens na população. Isso era o que acontecia no mundo todo até o início deste século, nos países em desenvolvimento até a metade do século e ainda ocorre em alguns países africanos.
- 2.º) **Alta fecundidade/Redução da mortalidade:** num segundo momento, a taxa de nascimentos continuou muito alta e a mortalidade passou a diminuir consideravelmente em relação à etapa anterior, o que ocasionou um crescimento muito grande da população às custas, principalmente, da população jovem: a proporção de jovens na população aumentou. É o que se chamou de “baby boom” ou



explosão demográfica, que ocorreu intensamente no Brasil nas décadas de 40 e 50 e que ainda ocorre em alguns países asiáticos.

3.º) **Redução da fecundidade/Mortalidade continua a cair:** numa terceira etapa, tivemos uma diminuição da taxa de nascimentos e a de mortalidade continua a cair, o que causou, ainda, um crescimento da população total mas, já não tão grande, com um aumento da porcentagem de adultos jovens e, progressivamente, de idosos. É o que acontece no Brasil e em alguns países da América Latina.

4.º) **Fecundidade continua a cair/Mortalidade continua a cair em todos os grupos etários:** numa quarta etapa, a taxa de nascimento e a mortalidade caem mais, o que dá um certo equilíbrio na quantidade total da população, mas com um aumento contínuo da população de idosos. É o que acontece na maioria dos países europeus e em alguns estados brasileiros mais desenvolvidos.

Nos países desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida ao nascimento já havia sido substancial à época em que ocorreram grandes conquistas do conhecimento médico, na metade deste século. Esse fato pode ser ilustrado pelo clássico exemplo de redução da mortalidade nos Estados Unidos da América do Norte, publicado em 1981 por Fries e Capro:

- naquele país, no início do século, a taxa de mortalidade por tuberculose era de 194 mortes para cada 100.000 indivíduos por ano.
- Em 1925, a taxa já estava reduzida pela metade.
- A partir de 1940, a cada década, a taxa era a metade da de cada década anterior.

As principais razões para esta redução acentuada se deve à elevação do nível de vida da população norte-americana, traduzida por uma urbanização adequada das cidades, melhores condições sanitárias, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e melhoria das condições ambientais, tanto residenciais como no trabalho. Todos esses fatores já estavam presentes quando, no final da década de 40 e no início dos anos 50, foram introduzidos os exames radiográficos, a BCG e uma série de fármacos potentes (isoniazida, PAS e a estreptomina), que tiveram um importante papel na mortalidade, incidência e prevalência da tuberculose. No entanto, o processo de queda da mortalidade já estava, há muito, desencadeado naquele país.

Nos países menos desenvolvidos, não vêm ocorrendo dessa maneira. Embora milhões de pessoas continuem vivendo em graus absolutos de miséria ou pobreza, as conquistas tecnológicas da medicina moderna (asepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros), ao longo dos últimos 60 anos, conduziram aos meios que tornaram possível prevenir ou curar muitas das doenças fatais do passado.

A queda da fecundidade brasileira se inicia nos anos 60, com o aparecimento de diversos métodos anticoncepcionais. Em 1960, a média de filhos por mulher era superior a seis. Na década que se segue, observamos uma queda que se acentua a partir de 1970. Em 1999 a média já era de 2,3 filhos por mulher.

1.3- Expectativa de vida ao nascer

Considerando-se o exemplo do Brasil, a passagem de uma situação de alta mortalidade para uma de queda progressiva de mortalidade em todas as faixas etárias, traduz-se numa elevação da expectativa de vida média ao nascer. De fato:

- No início do século (1900), a expectativa de vida ao nascimento era de 33,7 anos.
- Para um brasileiro nascido durante a segunda guerra mundial, era de 39 anos.
- Em 1950, já aumentou para 43,2 anos.
- Em 1960, a expectativa de vida ao nascimento era de 55,9 anos, com um aumento de 12 anos em uma década.

- De 1960 para 1980, aumentou para 63,4 anos, isto é, 7,5 anos em duas décadas.
- De 1980 para 2000, ocorreu um aumento de 5,1 anos, quando um brasileiro passou a ter uma esperança de vida ao nascer de 68,5 anos.
- De 2000 para 2025, deverá haver um aumento de 3,5 anos.

Os dados estatísticos mostram uma redução drástica nos diferenciais entre o Brasil e os países desenvolvidos. Por exemplo, em 1950, mais de 25 anos separavam um brasileiro de um norte-americano em termos de expectativa de vida ao nascimento. Essa diferença passou, no momento, a ser de bem menos de 10 anos e, as projeções mostram que, no ano de 2025, esta diferença será de pouco mais de 4 anos.

1.4- Esperança de vida aos 60 anos de idade

A expectativa de vida aos 60 anos de idade para o ano 2000 em nosso país era de 17,75 anos. Com a mulher vivendo em torno de quase quatro anos e meio a mais que o homem. No quadro abaixo, observamos as diferenças regionais apresentadas, não tão significativas quanto as da esperança de vida ao nascer, mas conservam a mesma distribuição, com as regiões mais pobres com os piores indicadores.

ESPERANÇA DE VIDA AOS 60 anos de Idade			
Anos de vida esperados, por sexo, para o Brasil e Grandes Regiões – 2000			
Região	Masculino	Feminino	Geral
BRASIL	15,98	19,42	17,75
Norte	16,26	19,12	17,59
Nordeste	15,51	17,79	16,70
Sudeste	16,15	20,17	18,24
Sul	16,14	20,3	18,26
Centro-Oeste	16,34	19,12	17,66

Fonte: IBGE/Contagem populacional e projeções demográficas preliminares/Censo 2000/2001

1.5- Índice de envelhecimento

A principal característica do crescimento da população idosa no Brasil é, sem dúvida, a rapidez com que se dará de hoje até os meados do século XXI. Na verdade, até o ano de 1960, todos os grupos etários cresciam de forma semelhante à total, dessa forma mantendo constante a estrutura etária.

A partir de 1960, o grupo com 60 anos ou mais é o que mais cresce proporcionalmente no Brasil, enquanto que a população jovem encontra-se em um processo de desaceleração de crescimento, mais notadamente a partir de 1970 quando o crescimento foi de 18% (1970-1980), comparado com o crescimento da década anterior de mais de 31%. De 1980 até o ano 2000, o grupo de 0 a 14 anos cresce apenas 14% contra 107% dos 60 anos ou mais, sendo que a população como um todo cresce 56%. Em outras palavras, iniciamos o novo século com a população idosa crescendo proporcionalmente oito vezes mais que os jovens e quase duas vezes mais que a população total.

O índice de envelhecimento, calculado pelo número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens, no Brasil como um todo, foi de 19,77 no ano de 2000, com diferenças regionais importantes, variando de 9,77 na região norte do País a 22,88 na região sudeste. A região sul apresentou um índice de 22,60, a nordeste de 17,73 e a Centro-oeste de 14,29.

Estas mudanças significativas na composição populacional começam a acarretar uma série de previsíveis consequências sociais, culturais e epidemiológicas, para as quais ainda não estávamos preparados para enfrentar.



2. ESTADO DE SAÚDE DOS IDOSOS BRASILEIROS

2.1- Mortalidade

Tem-se desenvolvido, dentro do contexto da transição demográfica, uma rápida transição nos perfis de saúde em nosso País que se caracteriza, em primeiro lugar, pelo predomínio das enfermidades crônicas não transmissíveis e, em segundo, pela importância crescente de diversos fatores de risco para a saúde e que requerem, complexamente, ações preventivas em diversos níveis. As doenças infecto-contagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes ocorridas no País, hoje são responsáveis por menos de 10%, enquanto que com as doenças cardiovasculares ocorreu o oposto: em 1950 eram responsáveis por 12% das mortes e hoje representam mais de 30% das mortes em nosso País. Passamos, em menos de 40 anos, de um perfil de mortalidade materno-infantil, para um perfil de mortalidade por enfermidades complexas e mais onerosas, típicas das faixas etárias mais avançadas.

Em 1998, os dados de mortalidade de pessoas idosas apresentaram, entre as dez principais causas, o contido no quadro abaixo:

MORTALIDADE NO BRASIL – 1998 – Principais causas por enfermidade (53,7% do total)		
População com 60 anos de idade ou mais		
	n	%
TOTAL DE ÓBITOS	500.034	
Cardiopatía Isquêmica	93.791	18,8
Acidente Vascular Encefálico	61.416	12,3
Doença Broncopulmonar Obstrutiva Crônica	28.710	5,7
Diabetes <i>Mellitus</i>	20.706	4,1
Pneumonia	18.950	3,8
Hipertensão Arterial	15.218	3,0
Neoplasia maligna de Traquéia, Brônquios e Pulmões	9.465	1,9
Neoplasia maligna de estômago	7.378	1,5
Neoplasia maligna da próstata	6.659	1,3
Cirrose hepática	6.181	1,2

Fonte: 1979 - 1998 – Dados de Declaração de Óbito, Sistema de Informação sobre Mortalidade, CD- Rom, CENEPI/FUNASA, DATASUS/MS, 2000

2.2- Saúde percebida e incapacidade funcional

Estudos com base populacional têm demonstrado que, em nosso País, a maioria dos idosos (mais de 85%) apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e, cerca de 15%, pelo menos cinco. No entanto, ao serem perguntados sobre a sua saúde, a metade considerou regular, 36% boa ou ótima e somente 13% má ou péssima.

O envelhecimento não é uniforme em todos os indivíduos, de maneira que alguns podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde. Todavia, deve-se ter em mente que esta é a exceção e não a regra. Envelhecer sem nenhuma doença crônica, também. No entanto, a presença de uma doença crônica não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente (independência funcional). A maioria dos idosos brasileiros é absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda.

Estes mesmos estudos populacionais, embora ainda limitados em número, demonstram que quatro a seis por cento dos idosos apresentam formas graves de dependência funcional, sete a dez por cento, formas moderadas, 25 a 30%, formas leves. Somente 50 a 60% de nossos idosos seriam completamente independentes.

2.3- Morbidade

Em nosso país, os grandes estudos com base populacional têm, invariavelmente, excluído a população idosa. No entanto, alguns estudos recentes, têm demonstrado que a maioria dos idosos possui pelo menos uma enfermidade crônica, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente, atingindo quase 60% deste contingente populacional.

2.4- Acesso a serviços de saúde e adequação dos mesmos

Uma das principais consequências da transformação demográfica brasileira se dá no financiamento do setor Saúde. Estudos recentes têm demonstrado uma participação desproporcional dos idosos na demanda por serviços de saúde, principalmente hospitalares. Ao analisarmos os dados de internação hospitalar pelo SUS no ano de 2001, constatamos que a população que representava 8,5% da população (idosos) consumiu 1 bilhão, duzentos e dezessete milhões de reais em hospitalizações pelo SUS, contra 922 milhões da população de 0 a 14 anos, que representava 29,6% da população brasileira total.

FAIXA ETÁRIA	n de AIHs	Compos. Popul.	Taxa de Hospital.	Média Perman.	Índice Hospital.	Custo total (milhões R\$)	Custo médio	Índice de Custo
0 a 14 anos	2.503.443	29,6%	49	4,9	0,2	922	368,43	18,07
15 a 59 anos	7.502.121	61,8%	70	5,9	0,4	2.963	394,97	27,79
60 anos ou mais	2.243.297	8,5%	152	7,2	1,1	1.217	542,78	82,70

n de AIHs: número total de AIHs consumidas por cada faixa etária em 2001

Composição populacional: porcentagem de cada grupo etário em relação à população total

Taxa (coeficiente) de hospitalização: número de hospitalizações por 1.000 habitantes de uma faixa etária

Tempo médio de permanência hospitalar: em número de dias para cada faixa etária

Índice de hospitalização: número de dias de hospitalização consumido por habitante/ano (*per capita*)

Custo total: em Reais, consumido por cada faixa etária

Custo médio por hospitalização: em Reais e para cada faixa etária

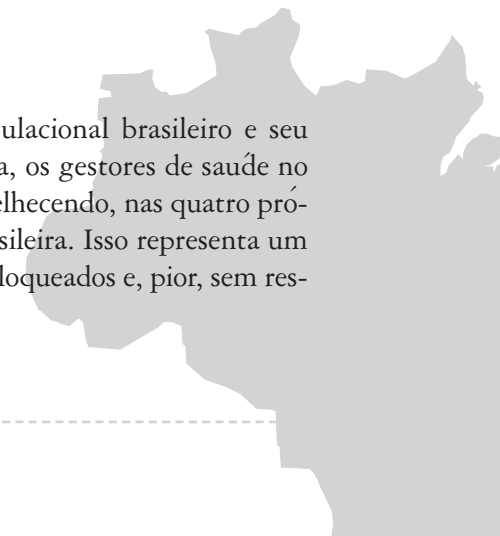
Índice de custo: custo de hospitalização em Reais, consumido por habitante/ano (*per capita*)

Uma questão a ser respondida é se este aumento nos gastos do setor Saúde se traduz em benefício para a população idosa. Diversos trabalhos têm demonstrado, consistentemente, que o idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada em nossos hospitais e não é submetido a uma triagem de reabilitação. Tem sido encontrado, também, uma alta prevalência de problemas médicos facilmente identificáveis e remediáveis entre os idosos que não são observados pelo médico responsável. A abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado, focada em uma queixa principal e o hábito médico de tentar explicar todas as queixas e sinais com uma única doença, o que é comum no adulto jovem, mas raro no idoso, tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas. No entanto, o envelhecimento não é uniforme em todos os indivíduos, de maneira que alguns podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde. Todavia deve-se ter em mente que esta é a exceção e não a regra.

3. CONCLUSÕES

Pelos dados apresentados acima, fica evidente o envelhecimento populacional brasileiro e seu impacto no setor Saúde, principalmente no sistema hospitalar. Desta maneira, os gestores de saúde no País devem estar atentos para este fato e, o de que a população que estará envelhecendo, nas quatro próximas décadas, é a população nascida no período da explosão demográfica brasileira. Isso representa um grande desafio para o sistema de saúde que poderá ter seus leitos hospitalares bloqueados e, pior, sem responder adequadamente às necessidades de saúde desta população.



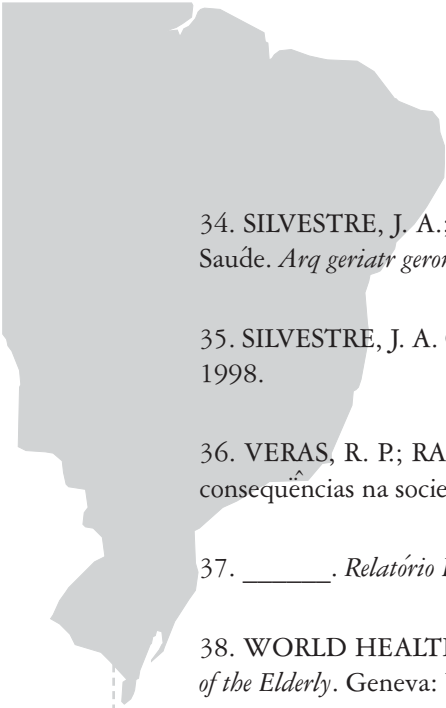
Acrescenta-se a este desafio o pequeno número de profissionais de Saúde capacitados para o atendimento desta população e a falta de alternativas mais eficientes, humanizadas, em geral de menor custo, ao atendimento à saúde desta população.

4. REFERÊNCIAS

01. BARROS, M. B. A. Considerações sobre a Mortalidade no Brasil em 1980. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 18, p. 122-37, 1984.
02. BOURLIÈRE, F.; VALLERY-MASSON, J. Epidemiology and Ecology of Aging. In: BROCKLEHURST, J. C. (Ed.). *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 3rd ed. Churchill Livingstone: Edinburgh, 1985. n. 1, p. 3-8.
03. CUNHA, U. G. V.; COSTA, I. L. Depressão maior em idosos hospitalizados em enfermarias gerais. *Bol CBPTD - Supl Arq Bras Med*, v. 64, n. 4, p. 239-42, 1990.
04. CUNHA, U. G. V.; LEDUC, M. M. S.; LANNA, C. C. D. Incontinência Urinária no Idoso Hospitalizado: um problema médico esquecido. *Geriatrics em Síntese*, v. 1, p. 7-9, 1988.
05. DATASUS. Movimento de Autorização de Internação Hospitalar - Janeiro a Dezembro de 2001. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (CDs-ROM).
06. DATASUS. *Sistema de Informação sobre Mortalidade 1979-1998 – Dados de Declaração de Óbito*. Brasília: SIM/CENEPI/FUNASA, DATASUS/MS, 2000. (CD-ROM).
07. DOTY, P.; LIU, K.; WIENER, J. An overview of long-term care. *Health Care Finan Rev*, v. 6, n. 3, p. 69, 1985.
08. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Anuário Estatístico do Brasil 1981*. Rio de Janeiro, 1981.
09. _____. *Anuário Estatístico do Brasil 1986*. Rio de Janeiro, 1986.
10. _____. *Anuário Estatístico do Brasil 1991*. Rio de Janeiro, 1991.
11. _____. *Anuário Estatístico do Brasil 1997*. Rio de Janeiro, 1997.
12. _____. *Contagem populacional e projeções demográficas preliminares/Censo 2002/2001*.
13. GERMANO NETO, J. *O Paciente Geriátrico no Hospital, Ribeirão Preto, SP. 1988*. Tese (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 1991.
14. GUIMARÃES, R. M. *Programa de Saúde do Idoso: Planejamento 88/92*. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.
15. IMHOF, A. E. Mortality Problems in Brazil and in Germany: past-present-future. Learning from each other?. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 19, p. 233-50, 1985.
16. ISAACS, B. The Giants of Geriatrics. Inaugural Lecture delivered in the University of Birmingham. England: Birmingham, 1976. p. 1-6. Monografia.

17. JACOB FILHO, W. (Ed.). *Relatório da Prática em Evolução do Grupo de Assistência ao Idoso Ambulatorial*. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1991.
18. JACOB FILHO, W. et al. Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Internado e Ambulatorial do Serviço de Geriatria do Hospital de Clínicas da FMUSP. *Geriatria em Síntese*, n. 2, p. 15-23, 1985.
19. KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. Envelhecimento da População Mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Publ*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.
20. KAPLAN, R. Medicina Geriátrica: En la búsqueda de una inserción hospitalaria. *Revista Argentina de Geriatria y Gerontologia*, n. 23, p. 1, 1986.
21. MITTELMARK, M. B. The Epidemiology of Aging. In: HAZZARD, W. R.; BIERMAN, E. L.; BLASS, J. P. et al. (Eds.). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, McGraw-Hill, n. 11, p. 135-51, 1994.
22. MITCHEL, J.; KAFETZ, K.; ROSSITER, B. Benefits of effective hospital services for elderly people. *British Medical Journal*, v. 295, p. 980-983, 1987.
23. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. National Hospital Discharges Survey: annual summary, 1987. *Vital Health Statistics*, n. 99, 1989. (USA Series 13).
24. RADIS. Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980. *Dados*, n. 7, p. 1-8, 1984.
25. RAMOS, L. R. A Explosão Demográfica da Terceira Idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.
26. _____. *Growing Old in São Paulo*. Thesis submitted for the Degree of Doctor of Philosophy at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, London, 1987.
27. RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde públ.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 221-24, 1987.
28. RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E. et al. Significance and Management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v. 8, p. 313-323, 1993.
29. SCHNEIDER, J. The Demography of an Aging Society. *Med Clin North Am*, v. 71, n. 1, p. 18, 1987.
30. SCHWARTZ, W. B. The Regulatory Strategy for Controlling Hospital Costs. *N Engl J Med*, v. 305, p. 21, 1981.
31. SILVESTRE, J. A.; RAMOS, L. R. *Dynamic Analysis of Health Services*. Anais do Congresso Mundial de Gerontologia, Budapeste, Hungria, 1993.
32. SILVESTRE, J. A.; RAMOS, L. R.; TORRES, R. *The Elderly at Hospital and the Brazilian Health System*. Anais do Congresso Mundial de Gerontologia, Budapeste, Hungria, 1993.
33. SILVESTRE, J. A. *Relação Custo-Benefício da Assistência Médica ao Idoso: importância e avaliação nos Anais do "Work-Shop" desafios atuais na Cardiologia Geriátrica, Ribeirão Preto-SP, 06/94, promovido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.*



- 
34. SILVESTRE, J. A.; KALACHE, A.; RAMOS, L. R. et al. O Envelhecimento Populacional Brasileiro e o Setor Saúde. *Arq geriatr gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 0, n. 1, p. 81-89, 1996.
35. SILVESTRE, J. A. Como anda a saúde do idoso no Brasil?. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 137, p. 22-29, 1998.
36. VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da População Idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.
37. _____. *Relatório Final GT/Saúde do Idoso, I Congresso Rede IDA/Brasil*. Rio de Janeiro, 1989.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Growth of the Elderly population of the World. In: *Health of the Elderly*. Geneva: WHO, 1989. p. 8-31. (Technical Report Series, n. 779).
39. _____. *The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly*. Geneva: WHO, 1984. (Technical Report Series 706).
40. _____. *World Health Statistics Annual 1982*. Geneva: WHO, 1982.
41. _____. *World Health Statistics Annual 1987*. Geneva: WHO, 1987.
42. _____. *World Health Statistics Annual 1979*. Geneva: WHO, 1979.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Workshop-Munich (1980). *Guidelines for Health Care Practice in Relation to Cost-effectiveness*. Copenhagen: WHO, 1981.

PARTE II: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

No Brasil, em dezembro de 1999, o ministro da Saúde, considerando a necessidade do setor Saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, bem como a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema e, considerando, ainda, a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso e determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999).

Esta Política, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Estudos populacionais realizados no País têm demonstrado que no mínimo 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e, cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades. (Ramos, 1993) (CEI-RS, 1997). A presença de uma ou mais enfermidades crônicas, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente. De fato, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de uma ou mais enfermidades crônicas. Os mesmos estudos citados acima revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar-se e levantar-se de cadeiras e camas (Ramos, 1993).

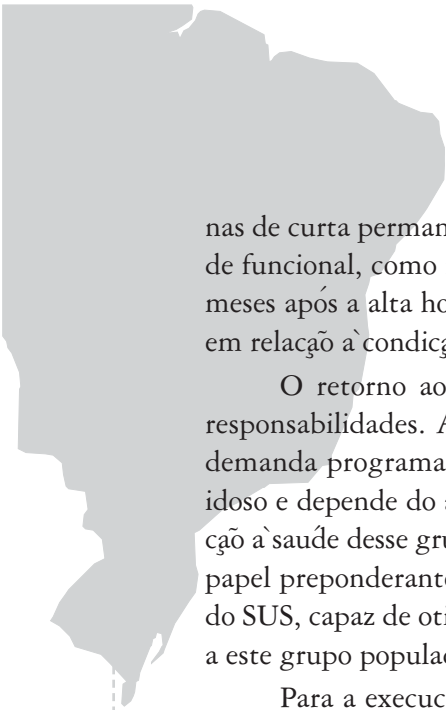
Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta “*como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade*” (Brasil, 1999).

Para o alcance deste propósito, foram definidas como diretrizes essenciais:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- o apoio a estudos e pesquisas. (Brasil, 1999)

Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto à sua família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital de longa permanência, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerada uma alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores (Galinsky, 1993).

A internação em serviços de longa permanência representa um modelo excludente e que causa uma importante deterioração na autonomia e capacidade funcional. Nas internações de idosos, mesmo



nas de curta permanência para tratamento de casos agudos, ocorre uma importante queda da capacidade funcional, como foi demonstrado por Sager e col. (1996). Este mesmo estudo demonstrou que três meses após a alta hospitalar os níveis de capacidade funcional não tinham sido totalmente recuperados em relação à condição antes da internação.

O retorno aos cuidados domiciliares, não tem como finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende do apoio informal e familiar, constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional (Brasil, 1999).

Para a execução das diretrizes desta Política, no que se refere à assistência e reabilitação da saúde do idoso, o Sistema Único de Saúde conta com as Equipes de Saúde da Família para a Assistência Básica de Saúde, Hospitais Gerais e Centros de Referência à Saúde do Idoso.

1. EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA NA REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Hoje em dia, a maioria de nossos idosos vive de maneira independente na comunidade. O Programa Nacional de Amostras de Domicílio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstrou que, em 1999, a composição dos domicílios com pessoas idosas era de:

- ⇒ 44,8% de casal com filhos e outros parentes;
- ⇒ 22,5% de um idoso vivendo com filho ou outros parentes;
- ⇒ 20,7% de casal sozinho; e
- ⇒ 11,5% de idoso só. (IBGE, 2000)

O cuidado comunitário do idoso deve basear-se, fundamentalmente, na família e na atenção básica à saúde, através das Unidades Básicas de Saúde, em especial daquelas sob a Estratégia de Saúde da Família, as quais devem representar para o idoso o vínculo com o sistema de saúde.

O profissional de uma unidade básica de saúde, sob a nova estratégia, deve atuar nos fatores que alteram o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo a saúde em seu sentido mais abrangente. Para tanto, ele deve buscar conhecer detalhadamente a realidade das famílias que moram em sua área de abrangência, incluindo seus aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais. Pelo exposto, fica claro que, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, se destaca o trabalho dos profissionais de Saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à unidade básica de saúde, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. Dessa forma, cabe a atenção do profissional à mudança do perfil populacional em sua área de abrangência. A ele é requerida uma atenção especial às pessoas idosas e uma participação ativa na melhoria da qualidade de vida de tal grupo populacional, abordando-o com medidas promocionais, de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes e sua intervenção, e, também, medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social.

Assim sendo, a Estratégia de Saúde da Família deve apontar para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas, além de alertar a comunidade para os fatores de risco que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de pessoas idosas e os membros de sua família. Porém, acima de tudo, os profissionais que atuam na atenção básica devem ter claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e

mental. Como destaca o primeiro Caderno de Atenção Básica voltado para a atenção à pessoa idosa editado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde “*a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, em constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a, o mais independente possível, no desempenho de suas atividades rotineiras*”. (as in Costa Neto & Silvestre, 1999)

2. REDES ESTADUAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Em 12 de abril de 2002, O ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na Política Nacional do Idoso;

considerando o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, de defesa de sua dignidade, seu bem-estar e direito à vida;

considerando o aumento da expectativa de vida que tem sido observado nos últimos anos e o declínio das taxas de fecundidade, o que tem levado a um crescente incremento proporcional da população de idosos em relação ao total da população brasileira;

considerando a necessidade de adotar medidas que fortaleçam o desenvolvimento de ações que visem ao incremento das Diretrizes Essenciais da Política Nacional do Idoso, como a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;

considerando a necessidade da redução do número de internações e do tempo de permanência hospitalar, uma vez que a hospitalização do idoso é um fator de deterioração de sua independência funcional e autonomia, além de sua exposição aos riscos inerentes ao ambiente hospitalar;

considerando a necessidade de estimular ações e iniciativas que visem à mudança do modelo assistencial à saúde do idoso, privilegiando a atenção integral ao idoso de forma mais humanizada, com ações de prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde, que exigem a participação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares;

considerando que a ampliação do número de leitos especializados e de modelos assistenciais extra-hospitalares na atenção à saúde do idoso constitui uma estratégia para a redução de hospitalizações de longa permanência;

considerando a necessidade de se estabelecer mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência à saúde deste grupo populacional,

resolve criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002), a adoção das providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas redes.

3. CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO

Os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso fazem parte, juntamente com os Hospitais Gerais, da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, cuja gestão está a cargo das Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito federal e dos municípios em gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com o estabelecido na NOAS/2002. Os mecanismos de organização e implantação desta Rede foram estabelecidos pela Portaria n.º 702/GM, de 12 de abril de 2002.

Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso diz respeito a um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assis-

tência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Deve dispor, além de internação hospitalar, ambulatório especializado em saúde do idoso, Hospital-Dia Geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade, e a capacidade de se constituir em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso.

As diretrizes assistenciais dos Centros de Referência devem estar em conformidade com as dispostas pela Política Nacional de Saúde do Idoso, a saber:

- a) promoção do envelhecimento saudável;
- b) manutenção da autonomia e da capacidade funcional do idoso pelo maior tempo possível;
- c) assistência às necessidades de saúde do idoso;
- d) desenvolvimento de atividades de reabilitação visando à melhoria da capacidade funcional comprometida; além do
- e) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Para ser um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, o hospital deverá ser cadastrado para este fim. O número de Centros de Referência por estado está definido na Portaria n.º 702/GM, de 12 de abril de 2002 e foi baseado nos seguintes critérios:

- a) população geral;
- b) população idosa;
- c) necessidades de cobertura assistencial;
- d) mecanismos de acesso e fluxos de referência e contra-referência;
- e) nível de complexidade dos serviços;
- f) série histórica de atendimentos realizados a idosos;
- g) distribuição geográfica dos serviços;
- h) integração com a rede de atenção básica e Programa Saúde da Família

O quantitativo dos centros de referência, por estado, está assim distribuído:

Estado	<i>n</i>
ACRE	1
ALAGOAS	1
AMAPÁ	1
AMAZONAS	1
BAHIA	5
CEARÁ	3
DISTRITO FEDERAL	1
ESPÍRITO SANTO	1
GOIÁS	2
MARANHÃO	2
MATO GROSSO	1
MATO GROSSO DO SUL	1
MINAS GERAIS	8
PARÁ	3

Estado	<i>n</i>
PARAÍBA	1
PARANÁ	4
PERNAMBUCO	3
PIAUÍ	1
RIO DE JANEIRO	7
RIO GRANDE DO NORTE	1
RIO GRANDE DO SUL	5
RONDÔNIA	1
RORAIMA	1
SANTA CATARINA	2
SÃO PAULO	15
SERGIPE	1
TOCANTINS	1
TOTAL BRASIL	74

4. REFERÊNCIAS

01. BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 237-E, p.21, 13 de dezembro, seção 1, 1999.
02. CEI-RS. Considerações Finais. In: *Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa*. Porto Alegre: Conselho Estadual do Idoso; Rio Grande do Sul: CEI-RS, 1997. p 71.
03. COSTA NETO, M. M. da; SILVESTRE, J. A. *Atenção à Saúde do Idoso: Instabilidade Postural e Queda*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 1999, p. 11.
04. GALINSKY, D. Atención Progresiva. In: ANZOLA, Pérez E. et al. (Eds). *La Atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993. p. 219-329. (Publicación científica 546).
05. RAMOS, L. R. et al. Significance and Management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v. 8, p. 313-323, 1993.
06. SAGER, M. A. et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older person. *Arch Intern Med*, v. 156, p. 645-652, 1966.
07. SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. *Abordagem do Idoso nos Programas de Saúde da Família*, 2.^a prova. Artigo de Opinião a ser publicado em um número temático dos Cadernos de Saúde Pública, “Saúde Pública e Envelhecimento”, 2002.





PARTE III: GUIA PARA ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

1. INTRODUÇÃO

Para ser considerado e cadastrado como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, o hospital deve seguir o disposto no Anexo I da Portaria SAS/MS n.º 249/2002, ou seja:

- a) ser um hospital geral cadastrado no Sistema Único de Saúde;
- b) possuir um número de leitos igual ou superior a 100 (cem);
- c) destinar no mínimo 10% destes leitos para idosos com idade igual ou superior a 60 anos;
- d) possuir um Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso;
- e) possuir instrumentos de identificação da clientela idosa vinculada à unidade;
- f) desenvolver programas sistematizados de promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, bem como prevenção de agravos;
- g) garantir ao idoso, quando internado, o direito a um acompanhante conforme Portaria GM/MS n.º 280, de 7 abril de 1999;
- h) desenvolver programa de orientação a este acompanhante durante a internação do idoso e após a sua alta;
- i) desenvolver programas de desospitalização de idosos: Hospital-Dia Geriátrico, Assistência Domiciliar de curto, médio ou longo prazo;
- j) possuir articulação com os serviços de Atenção Básica e/ou Saúde da Família visando a fortalecer os sistemas de referência e contra-referência;
- k) desenvolver, em parceria com outros serviços ou organizações, grupos de apoio aos idosos que promovam ações que visem à melhoria da qualidade de vida dos mesmos;
- l) ser responsável pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores das Doenças de Alzheimer e de Parkinson.

2. ESTRUTURA NECESSÁRIA PARA A ORGANIZAÇÃO DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO

Além dos critérios acima, o Centro deve atentar para os seguintes aspectos:

2.1- Quanto às instalações físicas:

Deve estar enquadrado nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor no que diz respeito à eliminação de barreiras arquitetônicas que possam impedir/limitar o acesso ou colocar em risco de acidentes o paciente idoso ou seja:

- 1) Portaria GM/MS n.º 810/1989
- 2) ABNT 1990
- 3) Resolução n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA
- 4) Resolução n.º 5, de 5 de agosto de 1993, do CONAMA

2.2- Quanto aos Recursos Humanos:

O Centro de Referência deve contar com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar capacitada para a assistência ao idoso, entendida como o conjunto de profissionais (de diferentes profissões e

especialistas de uma mesma profissão), que trabalham em um mesmo local com uma finalidade comum, atuando de maneira interdependente. Embora as avaliações realizadas pelos diferentes membros da equipe possam ser isoladas, as informações obtidas, através destas, devem ser sistematicamente compartilhadas por todos, permitindo um planejamento assistencial e uma implementação terapêutica mais adequados e compatíveis com as demandas identificadas. O Centro de Referência deve contar com:

- a) responsável técnico – médico capacitado em saúde do idoso;
- b) responsável pelo Serviço de Enfermagem – enfermeiro capacitado em saúde do idoso;
- c) equipe multiprofissional e interdisciplinar para os diferentes modos de atendimento, composta por médico assistente, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional;
- d) consultores médicos – ou seja, médicos de diferentes especialidades que atendam interconsultas, quando estas forem necessárias para a complementação diagnóstico-terapêutica do idoso;
- e) equipe de apoio – que deverá ser treinada para assistência aos idosos. Esse treinamento contará com 20 horas totais com pelo menos 5 horas de experiência prática sob supervisão. Será coordenado pelo responsável técnico do Centro que deverá disponibilizar seu conteúdo para revisão.

2.3- Quanto aos Materiais e Equipamentos:

Deve possuir todos os materiais e equipamentos necessários para o atendimento adequado das demandas assistenciais dos idosos identificadas pela equipe, os quais devem estar em perfeito estado de conservação e funcionamento.

2.4- Quanto aos Recursos Diagnósticos:

Próprios ou tercerizados, devem contar com:

- a) Laboratório de análises clínicas;
- b) Unidade de Eletroencefalografia;
- c) Unidade de Imagenologia, incluindo Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética;
- d) Endoscopia digestiva;
- e) Fibroendoscopia; e
- f) Unidade de Anatomia Patológica;

2.5- Quanto aos Recursos Terapêuticos, deve contar com:

- a) Serviços médicos e de enfermagem durante 24h/dia para o atendimento de intercorrências;
- b) Unidade de Terapia Intensiva própria, cadastrada pelo SUS e no mínimo de Tipo II, de acordo com a Portaria GM/MS n.º 3.432/1998;
- c) Serviço de hemoterapia 24h/dia, próprio ou mediante acesso segundo a Portaria SAS n.º 494, de 26 de agosto de 1999.

2.6- Quanto ao Registro dos Pacientes:

Deve possuir um prontuário para cada paciente com registros escritos de forma clara e precisa, datados e assinados pelos profissionais responsáveis pelos atendimentos prestados. Estes deverão conter:

- a) identificação do paciente;
- b) histórico clínico e de enfermagem;
- c) laudo dos exames diagnósticos realizados;
- d) descrição sumária da avaliação do paciente;
- e) relatório da evolução do idoso



Os prontuários do Centro de Referência deverão ser arquivados ordenadamente no Serviço de Arquivo Médico do hospital.

2.7- Quanto à remoção e transporte de pacientes:

Deve contar com ambulância(s) devidamente equipadas para a realização de eventuais remoções ou transferência de pacientes.

O Programa de Assistência Domiciliar do Centro de Referência deve contar com veículo(s) próprio(s).

2.8- Quanto às normas, rotinas e treinamentos, deve possuir:

- a) Programa de orientação e acompanhamento permanente de cuidadores e familiares dos idosos por ele assistido, seguindo a legislação vigente em cada estado;
- b) Manual de Normas e Rotinas atualizado, no mínimo, a cada quatro anos e envolvendo os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos relacionados à assistência aos idosos.

3. PROCESSO DE CADASTRAMENTO DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

O processo de cadastramento deverá ser formalizado pelas Secretarias de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com o especificado na NOAS/SUS 2002 para gestão e divisão de responsabilidades, junto à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde que, no caso de aprovação, tomará as providências necessárias para a publicação oficial do cadastramento.

Uma vez cadastrado, o Centro deverá ser vistoriado pelo Gestor anualmente onde será verificado o cumprimento do estabelecido na Portaria SAS n.º 249/2002. Caso seja verificado o descumprimento das normas em vigor, deverá ser realizado um processo de descadastramento do Centro.

4. MODALIDADES ASSISTENCIAIS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO

As modalidades assistenciais previstas no Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso englobam:

- a) internação hospitalar – leitos geriátricos e leitos gerais;
- b) ambulatório especializado em saúde do idoso;
- c) hospital-dia geriátrico;
- d) assistência domiciliar.

4.1- Internação Hospitalar

Conforme explicitado anteriormente, o Centro de Referência deverá possuir um percentual mínimo de 10% de seus leitos destinado ao atendimento de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos os quais deverão estar devidamente adaptados para esta finalidade.

Os idosos internados nestes leitos, denominados Leitos Geriátricos, deverão ser atendidos por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Essa equipe procederá a uma ampla avaliação dos idosos que inclua:

- a) avaliação da saúde física (diagnósticos atuais, indicadores de gravidade, internações anteriores e auto-avaliação);
- b) avaliação da saúde mental (testes de função cognitiva e de humor);
- c) avaliação social (rede de suporte social, recursos disponíveis, necessidades de suporte);

- d) avaliação nutricional;
- e) avaliação de enfermagem (capacidade para o autocuidado, demandas assistenciais);
- f) avaliação da autonomia e capacidade funcional (atividades básicas e instrumentais da vida diária).

Os idosos, para serem atendidos por esta equipe deverão, quando de sua internação em uma enfermaria geral por qualquer problema clínico, apresentarem incapacidade funcional em pelo menos uma das atividades de vida diária. A avaliação do estado funcional constitui um parâmetro mais fidedigno no estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Caso não seja detectada qualquer incapacidade funcional, este idoso poderá ser atendido segundo o modelo tradicional (leitos gerais).

Durante sua internação deverá ser garantido a este idoso o direito a um acompanhante conforme Portaria GM/MS n.º 280, de 7 de abril de 1999 e Portaria GM/MS n.º 830, de 24 de junho de 1999. Este acompanhante deverá receber da equipe assistencial as orientações cabíveis para o posterior acompanhamento do idoso.

No momento de sua alta, este idoso deverá ser cadastrado em um dos programas de desospitalização do Centro de Referência. Aqueles com quadro clínico compensado e estável, com suporte familiar e em condições de atendimento ambulatorial deverão ser encaminhados ao Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso ou ao Hospital-Dia Geriátrico. Os idosos que, ao contrário, na alta hospitalar, ainda apresentarem quadros de dependência significativa, mesmo que compensados e estáveis, deverão ser encaminhados para acompanhamento no serviço de Assistência Domiciliar do referido Centro.

4.2- Ambulatório especializado em saúde do idoso

O Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deve possuir um Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso, no qual ele receberá atendimento individual e grupal por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. A base do atendimento ambulatorial é o enfoque geriátrico/gerontológico, que deve basear-se na coleta e registro das informações que possam orientar o diagnóstico a partir da caracterização de problemas e o tratamento adequado utilizando-se para tanto de instrumentos adaptados e validados para utilização em nosso meio e junto a esta população específica.

O idoso deverá contar no atendimento individual, segundo suas necessidades, com:

- a) consulta médica;
- b) consulta de enfermagem;
- c) avaliação e intervenção fisioterápica;
- d) avaliação e intervenção psicológica e psioterápica;
- e) avaliação e intervenção nutricional;
- f) avaliação e intervenção fonoaudiológica;
- g) avaliação e intervenção e terapeuta ocupacional.

O modelo de consulta/avaliação a ser adotado deve basear-se na abrangência, sensibilidade diagnóstica e orientação terapêutica incluídas também as ações não farmacológicas. A abrangência aqui explicitada diz respeito à incorporação de informações que possibilitem a identificação de problemas relacionados aos sistemas cardio-respiratório, digestivo, hematológico, endócrino-metabólico, neuropsiquiátrico, osteoarticular e geniturinário, bem como a identificação de questões sociais que possam estar envolvidas com o bem-estar do idoso. A sensibilidade diagnóstica refere-se à atenção da equipe para a busca de problemas/diagnósticos prevalentes, porém nem sempre comumente identificados tais como, doenças tireoideanas, doença de Parkinson, demências, depressões, hipotensão ortostática e incontinência urinária, diminuição das acuidades visual e auditiva. A orientação terapêutica deve visar ao conforto do idoso com o alívio de sua sintomatologia, minimização ou resolução do problema apresentado e atenuação do impacto funcional ocasionado pelo mesmo. A indicação do uso de fármacos deve ser criteriosa considerando o elevado potencial iatrogênico desta faixa etária. Deve incluir ainda os aspectos educa-

tivos relacionados ao idoso, seu cuidador e familiares que englobem ações de prevenção de agravos à saúde e de reabilitação preventiva ou corretiva, sempre considerando o contexto no qual estão inseridos.

No ambulatório também serão desenvolvidas atividades grupais que incluam: a) grupo operativo; b) grupo terapêutico; c) atividade socioterápica; d) grupos de orientações específicas; e) atividades de sala de espera; f) e atividades de educação em saúde.

Todas atividades desenvolvidas no ambulatório devem sempre envolver o idoso, seu cuidador e sua família garantindo-lhes orientação e apoio constantes.

4.3- Hospital-Dia Geriátrico

O Hospital-Dia Geriátrico (HDG) constitui uma forma intermediária de assistência à saúde situada entre a Internação Hospitalar e a Assistência Domiciliar podendo, também, se complementar a esta. Visa a assistir aqueles idosos, cuja necessidade terapêutica e de orientação para cuidados não justificarem sua permanência contínua em ambiente hospitalar. Também é indicado para o auxílio de famílias que não apresentem condições adequadas para assistir as demandas assistenciais deste idoso. O HDG deve possuir as seguintes características:

1) Destinar-se aos idosos que, após avaliação multiprofissional e indicação médica, estiverem enquadrados nos casos abaixo especificados:

- a) pós-alta hospitalar de origem clínica ou cirúrgica, em fase de recuperação, ainda necessitando de acompanhamento médico, intervenções de enfermagem e/ou reabilitação físico-funcional por um período de até 30 dias;
- b) apresentando perda ou incapacidade funcional média ou grave, decorrentes de transtorno físico ou cognitivo com potencial para a reabilitação;
- c) necessitando de procedimentos técnicos específicos, que não justifiquem uma internação e cuja realização em domicílio possa não ser a mais indicada como por exemplo quimioterapia, hemodialise, etc.;
- d) não apresentem apoio familiar contínuo e adequado às demandas identificadas podendo leva-lo à reinternação ou à institucionalização.

2) Deve funcionar em área física específica e contar minimamente com:

- a) recepção com sala de espera própria;
- b) vestiário masculino e feminino;
- c) sanitários masculinos e femininos, para pacientes, acompanhantes e funcionários;
- d) sala para atividades grupais;
- e) sala para refeições (não é necessário ser exclusiva)
- f) área externa para atividades ao ar livre;
- g) sala de repouso;
- h) sala para atividades de reabilitação;
- i) sala de procedimentos;
- j) posto de enfermagem;
- k) sala de estar e recreação.

3) Deve funcionar diariamente, no mínimo por cinco dias por semana, em um ou dois turnos considerando-se 6 horas/turno. Nesse período, o idoso ficará sob a responsabilidade e os cuidados do HDG, podendo ou não estar com um acompanhante.

4) No período em que permanecer no HDG, o idoso receberá assistência médica, de enfermagem, de reabilitação (incluindo fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional) e psicológica (individual ou grupal).

5) Deve possuir uma equipe multiprofissional e interdisciplinar capacitada em gerontologia para a assistência aos idosos e organizadas em:

- a) equipe básica – médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, técnicos/auxiliares de enfermagem;
- b) equipe ampliada – não exclusiva ao hospital-dia, mas disponível a atender às suas necessidades. Envolve nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, farmacêutico e odontólogo;
- c) equipe de retaguarda – composta por especialistas de diferentes áreas acionados, quando necessário for.

6) O quantitativo de Recursos Humanos do HDG dependerá de seu horário de funcionamento (6 ou 12 h) e do número de pacientes atendidos e da necessidade da equipe básica. O mínimo de profissionais previsto para uma equipe básica é: médico assistente, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e assistente social, capacitados em gerontologia;

7) Deverão ser garantidas ao idoso e seu acompanhante as refeições necessárias durante sua permanência considerando-se o quantitativo de duas refeições/turno de permanência para cada indivíduo, as quais devem ser seguidas de orientação nutricional ao mesmo e a seu acompanhante quanto à adequação das dietas às demandas identificadas.

8) Os idosos atendidos no HDG devem ser acompanhados pelo Serviço Social de forma que sua rede de suporte social possa ser identificada e otimizada. Como rede de suporte social compreende-se “o conjunto de pessoas significativas para o indivíduo que o distingue da massa anônima da sociedade” e ainda como “a existência ou o aproveitamento das pessoas de quem podemos depender, para cuidados, afetos valores, etc”. Esta rede possui características funcionais e estruturais. As funcionais relacionam-se à promoção de auxílios para o idoso à medida que seus componentes o percebem ou lhes é solicitado. As estruturais referem-se ao tamanho (número de pessoas incluídas na rede), composição (vínculos do idoso com áreas significativas como família, amigos, integrantes da comunidade e relações de trabalho/estudo), densidade (identifica a área que possui maior concentração de elementos e suas conexões), grau de proximidade da relação (intimidade ou distanciamento dos indivíduos citados com o idoso), homogeneidade (identifica as características pessoais dos integrantes da rede quanto à sua similaridade ou não) (Accioly Domingues, 2000). A identificação da rede de suporte social do idoso é fundamental para a continuidade do plano terapêutico. Dela fazem parte o cuidador e a família e estes devem integrar o planejamento educativo da equipe assistencial. As orientações a eles fornecidas devem fazer parte de um programa de instrumentalização informal, ou seja, devem fornecer instrumentos/ferramentas que facilitem o dia-a-dia do cuidador/família no cuidado destinado ao idoso. Estas devem ser individualizadas e registradas no prontuário do idoso.

9) O HDG funciona em turnos diurnos. Deve, pois, estar integrado a um serviço de Urgência/Emergência, de funcionamento ininterrupto (24h) que possa atender aos idosos por ela assistidos caso ocorram intercorrências desta natureza. A remoção em ambulância adequadamente equipada também deve ser garantida.

Para ser admitido no HDG, o idoso deverá possuir demandas assistenciais pertinentes com as atividades desenvolvidas por este tipo de serviço e deve ser encaminhado pelas instituições/serviços (públicos ou privados conveniados ao SUS) por ele referenciados sejam eles o próprio hospital, o ambulatório especializado, o programa de assistência domiciliar ou as unidades básicas/Programa Saúde da Família (onde estiver implantado).

Uma vez admitido no HDG, será elaborado para o idoso, seu cuidador e seus familiares um planejamento assistencial multiprofissional e interdisciplinar tendo por meta a complementação diagnóstico-terapêutica, a manutenção da autonomia do idoso e a máxima recuperação de sua capacidade funcional.

A alta do idoso do HDG deverá ser fornecida pelo médico assistente após ser definida pela equipe assistencial. Este será encaminhado, com relatório completo de todas as intervenções realizadas nesta unidade, bem como e todas as orientações fornecidas ao próprio idoso, seu cuidador e familiares, para acompanhamento ambulatorial.

4.4- Assistência domiciliar

A Assistência Domiciliar pode ser compreendida como um componente do *continuum* do cuidado à saúde por meio do qual os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e à sua família em seus locais de residência, com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde ou maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo-as sem perspectiva terapêutica de cura (Marrelli, 1997).

A Assistência Domiciliar tem sua origem em tempos remotos constituindo a forma mais antiga de atenção à saúde. Tal modalidade assistencial, em virtude da implantação e do incentivo ao modelo hospitalocêntrico foi, por muito tempo, pouco ou quase nada utilizada. Nos últimos dez anos, no entanto, ela ressurgiu como resposta a algumas demandas:

- a) transição demográfica e epidemiológica, ocasionando o envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis;
- b) elevação dos custos assistenciais em saúde, considerando que o AD proporciona uma redução de custos na ordem de 20 a 70%;
- c) avanços técnico-científicos na assistência à saúde que, além de contribuírem para o aumento da expectativa de vida, permitem hoje a sobrevivência de pessoas submetidas a doenças ou agravos que anteriormente as teriam levado à óbito, porém, em muitas circunstâncias, necessitando de assistência contínua em diferentes níveis de complexidade;

A Assistência Domiciliar permite (Duarte, 2000):

- a) individualização da assistência a ele prestada e a consequente diminuição das iatrogenias assistivas;
- b) o desenvolvimento das ações cuidativas na privacidade e segurança da casa do cliente;
- c) possibilidade do cliente/família manterem um maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado à saúde;
- d) desenvolvimento de uma parceria entre os provedores de saúde e o cliente/família no alcance das metas estabelecidas para a assistência;
- e) diminuição dos custos quando comparadas intervenções equivalentes entre domicílio-hospital;
- f) maior envolvimento dos pacientes/famílias com o planejamento e a execução dos cuidados necessários desenvolvidos de forma mais individualizada e, assim, com responsabilidade equitativamente distribuídas.

O envelhecimento populacional vem ocasionando um incremento das doenças crônico-degenerativas no perfil epidemiológico da população. A estas podem advir seqüelas que podem comprometer o nível de independência desta população. Alguns estudos estimam que 13% dos indivíduos entre 64 e 74 anos, 25% dos entre 75 e 84 anos e 46% daqueles acima de 85 anos apresentam algum tipo de incapacidade (Emlet & Cradtree, 1996). Ainda considerando este contexto, um estudo americano estima que existam naquela população cerca de 7 milhões de pessoas idosas dependentes de outras em suas AVDs. Destes, 36% vivem apenas com suas esposas e 29% vivem sozinhos (Hing & Bloom, 1998). A maioria dos quadros de dependência experienciados por esta população estão associados a condições crônicas que podem ser adequadamente manipuladas fora de instituições (hospitais ou instituições asilares).

Estudos americanos demonstraram que 74% dos indivíduos atendidos em domicílio eram idosos; que aqueles com idade superior a 85 anos utilizam estes serviços, em média, 12 vezes mais que os idosos entre 65 e 74 anos e que as visitas domiciliares destinadas aos idosos aumentaram 67% em 1991, 69% em 1992 e 74% em 1993 e os recursos destinados ao atendimento domiciliar aumentaram 500% de 1988 a 1993 (Duarte, 2000).

A meta global da assistência em gerontologia é a manutenção dos idosos na familiaridade, conforto e dignidade de seus lares pelo maior tempo possível. Os profissionais envolvidos na assistência a esta população muito tem se esforçado para reduzir o impacto causado pelas doenças ou agravos aos idosos. É importante, no entanto, que eles compreendam o significado do cuidado ao idoso em seu ambiente doméstico. O conhecimento da real situação existente no domicílio do idoso é uma informação essencial para uma completa e mais correta avaliação do caso apresentado e o estabelecimento de medidas mais eficazes para administrar a terapêutica a ser adotada, em especial com os idosos mais fragilizados.

Segundo Keenan & Hepburn (1997), é impossível compreender completamente a situação de um paciente idoso sem conhecer o ambiente onde ele vive. De acordo com os autores, cinco são os critérios que podem ser seguidos para auxiliar na seleção dos pacientes elegíveis para o atendimento domiciliário:

- a) estabilidade clínica;
- b) rede de suporte social (cuidador, família, amigos, voluntários, etc.);
- c) ambiente apropriado;
- d) avaliação profissional das demandas existentes;
- e) suporte financeiro.

Tem sido demonstrado que os idosos preferem este tipo de atenção à saúde a outros existentes. O domicílio parece representar um local seguro, que os protege da violência da comunidade. Entendem o atendimento domiciliar como uma alternativa à inadequada e prematura institucionalização. É imperativo, no entanto, que os provedores deste atendimento somente admitam pacientes nesta modalidade assistencial quando forem capazes de suprir, *seguramente*, as demandas do mesmo. Esta determinação somente poderá ser feita após avaliação de equipe multiprofissional e interdisciplinar devidamente habilitada e deve incluir demandas assistenciais do cliente, adequação do ambiente domiciliar, participação efetiva de suportes informais (cuidadores, familiares, amigos, etc.) e disponibilidade da equipe assistiva.

4.5- Assistência domiciliar de média complexidade

4.5.1- Normas gerais

O Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deve possuir um serviço de Assistência Domiciliar de média complexidade como parte integrante da assistência global prestada ao idoso por ele assistido. Deve compreender um conjunto de procedimentos:

- a) diagnósticos e terapêuticos;
- b) relativos à reabilitação (motora, respiratória, psíquica e social);
- c) que envolvam a orientação de cuidadores e familiares na busca de autonomia no cuidado do idoso;

A Assistência Domiciliar de média complexidade deve ser considerada quando:

- a) não representar um risco de agravamento do quadro clínico apresentado pelo idoso;
- b) os idosos residirem na área de abrangência do serviço;
- c) existirem familiares ou responsáveis que possam prestar cuidados mínimos em domicílio.

Os idosos admitidos nos programas de Assistência Domiciliar, dadas as suas demandas assistenciais, podem requerer períodos de tempo variáveis de atenção. Dessa forma, a AD foi subdividida em três grupos: de curta (máximo de 30 dias), média (máximo de 60 dias) e longa permanência.

4.5.2- Normas específicas para assistência domiciliar de média complexidade

4.5.2.1- A Unidade de Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso de Média Complexidade deve possuir protocolos clínicos padronizados para o atendimento ao idoso que contemplem aspectos operacionais da equipe, avaliação funcional do idoso e ações de prevenção dos agravos mais prevalentes.

4.5.2.2- Esta Unidade deve ter uma **equipe interdisciplinar e multiprofissional básica**, com competência em saúde do idoso, formada por médico, enfermeiro, assistente social e fisioterapeuta, além de **uma equipe ampliada** composta por psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e fonoaudiólogo. A necessidade da participação de um ou mais membros da equipe ampliada dependerá da avaliação inicial realizada pela equipe básica.

4.5.2.3- A equipe deve ser capaz de realizar uma **avaliação ampla** da população idosa atendida, documentado em uma central de dados (que pode estar situada no Hospital de referência). Todo idoso atendido deve ser submetido a uma avaliação ampla que contemple: Avaliação da saúde física; Avaliação da saúde mental; Avaliação social; Avaliação nutricional; Avaliação de enfermagem; e Avaliação da capacidade funcional e autonomia.

4.5.2.4- Deve estar garantida a referência hospitalar para serviços de emergência e consultas por profissionais de outras especialidades, com transporte adequado assegurado.

4.5.2.5- O Prontuário do paciente deve ser feito em duas vias, sendo que uma via deverá ficar no domicílio do paciente, o que facilitará o atendimento de urgência por outra equipe.

4.5.2.6- A Unidade deve contar com um responsável técnico e administrativo, médico, com reconhecida competência na área de saúde do idoso.

4.5.2.7- O cuidador deste idoso deve ser identificado e orientado. Deve ser o elo de ligação entre a família e Unidade de Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso.

4.5.2.8- A equipe deve dispor de condução para seu transporte. Poderá haver acordo com os profissionais para utilização de veículos próprios através de um auxílio transporte, estabelecido formalmente.

4.5.2.9- Em caso de óbito no domicílio, o médico da equipe deverá constatar o óbito no local e emitir o atestado de óbito. Na não localização do médico da equipe, por estar fora de seu horário de trabalho ou realizando assistência em outro local distante, o hospital, a quem o Serviço de Assistência Domiciliar esteja vinculado por referência, deverá providenciar um médico substituto que ao constatar o óbito e mediante a apresentação do prontuário poderá emitir o atestado de óbito. O atestado de óbito não poderá ser preenchido se houver indícios que possam sugerir uma morte violenta. Nesse caso, o corpo deve ser encaminhado ao Instituto Médico Legal.

4.5.2.10- Deverão ser disponibilizados os mesmos itens da farmácia hospitalar e material médico-hospitalar do hospital vinculado.

4.5.2.11- Deverão ser disponibilizados os mesmos itens de exames complementares realizados em pacientes hospitalizados no hospital vinculado

4.5.3- Normas específicas para assistência domiciliar de média complexidade e curta permanência (máximo de 30 dias)

4.5.3.1- Critérios de elegibilidade:

- a) A Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso de Média Complexidade e curta permanência corresponde aos cuidados de casos subagudos ou agudos não caracterizáveis como urgências ou emergências, estes requerendo um ambiente hospitalar. Aqui incluem-se a recuperação e a estabilização de problemas de saúde, que comumente levam a internações hospitalares por falta de alternativas de atendimento, tais como:
 - √ respiratórios: pneumonias; crise asmática (exclui estado de mal asmático), exacerbação de doenças broncopulmonares obstrutivas crônicas;
 - √ pielonefrites;
 - √ diabetes *mellitus* descompensado (exclui coma, hiperosmolaridade e cetoacidose);
 - √ insuficiência cardíaca congestiva (exclui edema agudo de pulmão);
 - √ depleção de espaço extra celular (menos de 50%);
 - √ necessidades nutricionais complexas;

- √ pós-operatório de cirurgia gastrointestinais de pequeno e médio porte, tais como colecistectomia, tratamento cirúrgico de enfermidade ulcerosa gastrointestinal, tratamento cirúrgico de divertículos e pólipos;
- √ pós-operatório de outras cirurgias de pequeno e médio porte;
- √ úlcera de pressão e outras úlceras;
- √ pacientes em que a opção de cuidados domiciliares aparentemente não ofereça risco de agravamento de seu estado de saúde.

b) A família ou responsável pelos pacientes deve dispor das condições mínimas de cuidados para que os mesmos possam ser realizados em domicílio.

4.5.3.2- A porta de entrada do Programa de Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso de Média Complexidade e Curta Permanência poderá ser:

- √ Programa Saúde da Família ou Rede de Atenção Básica;
- √ Ambulatório;
- √ Hospital;
- √ Pronto-socorro ou pronto atendimento.

4.5.3.3- Como atenção mínima, é exigido visitas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, pelo médico (uma vez ao dia) e enfermagem (duas ao dia).

4.5.3.4- Critérios de alta:

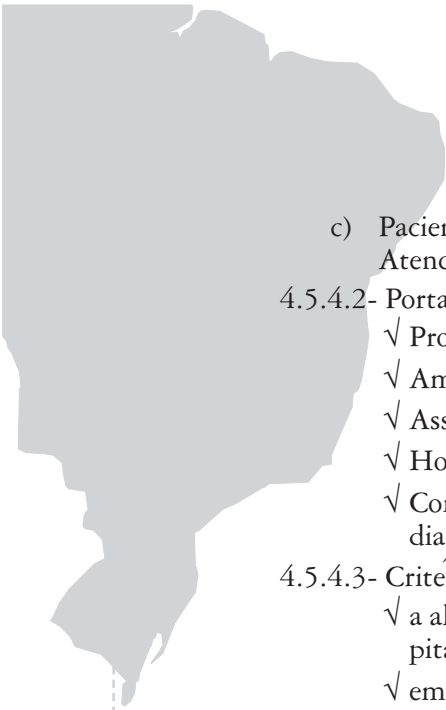
- √ a alta ocorrerá em caso de óbito, recuperação, hospitalização por piora ou indicativo para assistência de médio ou longo prazo de atendimento;
- √ o processo de alta deverá ser previamente discutido pelos profissionais de Saúde envolvidos no atendimento.

4.5.4- *Normas específicas para unidades de assistência domiciliar à saúde do idoso de média complexidade e média permanência (máximo de 60 dias)*

4.5.4.1- Critérios de elegibilidade:

- a) Estes procedimentos são destinados preferencialmente aos idosos que recebem alta do leito hospitalar ou da Assistência Domiciliar de Média Complexidade e Média Permanência, e que apresentam uma baixa capacidade funcional, tendo como objetivo a reabilitação do mesmo para a vida na comunidade, dentro das condições de suporte familiar e social existentes, evitando-se, assim, um leito de longa permanência.
- b) São considerados casos elegíveis para a esta modalidade de assistência, aqueles que incluem estabilização, recuperação e reabilitação de problemas de saúde, que comumente levam a internações prolongadas e/ou reinternações hospitalares frequentes por falta de alternativas de atendimento, tais como:
 - √ pós-operatório de fratura de colo de fêmur;
 - √ colocação de próteses de outras articulações de membros inferiores;
 - √ pós-amputações;
 - √ pós-Fixações externas e internas;
 - √ fraturas vertebrais;
 - √ recuperação de acidente vascular encefálico;
 - √ pós-operatório de cirurgias de grande porte;
 - √ qualquer enfermidade que levou a hospitalização de paciente idoso com alto grau de dependência.



- 
- c) Pacientes com família que reside na mesma cidade e na área de abrangência do Serviço de Atenção Domiciliar, e tenha as condições para prover-lhe os cuidados necessários.

4.5.4.2- Porta de entrada:

- √ Programa Saúde da Família ou Rede de Atenção Básica;
- √ Ambulatório;
- √ Assistência Domiciliar de Média Complexidade e Curta Permanência;
- √ Hospital;
- √ Como assistência mínima, é exigido visitas médicas duas vezes por semana, e uma visita diária de enfermagem e do fisioterapeuta.

4.5.4.3- Critérios de alta:

- √ a alta ocorrerá em caso de óbito, recuperação e/ou estabilização da perda funcional, hospitalização por piora ou indicativo para assistência de longo prazo;
- √ em casos em que houver indicação de longa permanência, o mesmo será encaminhado à Assistência Domiciliar de Média Complexidade e Longa permanência;
- √ o processo de alta deverá ser previamente discutido pelos profissionais de Saúde envolvidos no atendimento.

4.5.5- Normas específicas para unidades de assistência domiciliar à saúde do idoso de média complexidade e longa permanência

4.5.5.1- Critérios de elegibilidade:

- a) Estes procedimentos são destinados aos pacientes idosos portadores de enfermidade (s) crônica (s) com baixa capacidade funcional ou totalmente dependente, que tiveram esgotado todas as condições de terapia específica e que necessitam de assistência de saúde ou cuidados permanentes. Trata-se, em geral, de pacientes que receberam alta da Unidade Hospitalar Intermediária ou da Assistência Domiciliar de Média Complexidade e Médio Permanência, e que apresentam ainda uma baixa capacidade funcional. Tem como objetivo aprimorar e humanizar o atendimento bem como, dar continuidade à reabilitação, dentro das condições de suporte familiar e social existente. Correspondem, pois, aos cuidados de pacientes idosos elegíveis para os leitos de Longa Permanência, tais como, portadores de:
- √ seqüelas de doenças cerebrovasculares;
 - √ tromboangeite obliterante (doença de Leo Buerger);
 - √ Varizes dos membros inferiores com úlcera e inflamação.
 - √ doenças broncopulmonares obstrutivas crônicas;
 - √ pneumoconioses;
 - √ outras doenças pulmonares intersticiais crônicas;
 - √ demências;
 - √ doença ou síndrome de Parkinson com alto grau de dependência;
 - √ miopatias crônicas com alto grau de dependência;
 - √ hemiplegia flácida, espástica e não especificada, paraplegia e tetraplegia;
 - √ colagenoses com alto grau de dependência;
 - √ neoplasias malignas fora de possibilidades terapêuticas específicas;
- b) Pacientes cuja família reside na mesma cidade e na mesma área de abrangência do Serviço de Assistência Domiciliar e que tenha condições de prover ao seu idoso enfermo os cuidados necessários. Quando isso não ocorrer, o paciente deverá ser transferido para um Leito de Longa Permanência.

4.5.5.2- Porta de entrada:

- √ Hospital;
- √ Unidade Hospitalar Intermediária;
- √ Assistência Domiciliar de Média Complexidade e Curta ou Média Permanência;

- √ Programa Saúde da Família, Rede de Atenção Básica ou Ambulatório especializado;
 - √ Leito de Longa Permanência ou Residência Terapêutica do Idoso cuja avaliação detectou uma perspectiva de continuidade de cuidados em seu domicílio.
- 4.5.5.3- É exigido, no mínimo, visitas médicas e do assistente social uma vez por semana, e diárias de enfermagem, além de três vezes por semana pelo fisioterapeuta.
- 4.5.5.4- Critérios de alta:
- √ a alta ocorrerá em caso de óbito, recuperação e/ou estabilização da perda funcional, hospitalização por piora ou indicativo para assistência de longo prazo;
 - √ o processo de alta deverá ser previamente discutido pelos profissionais de Saúde envolvidos no atendimento.

5. REFERÊNCIAS

- 01.- ACCIOLY, Domingues M. R. *Mapa mínimo de relações: adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2000. 113p.
- 02.- BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Brasília, DF n. 237-E, p.21, 13 de dezembro, seção 1, 1999.
- 03.- RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. Considerações Finais. In: *Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa*, p.71. Porto Alegre: Conselho Estadual do Idoso; Rio Grande do Sul: CEI-RS, 1997.
- 04.- DUARTE, YAO; DIODO, M. J. D. *Assistência Domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- 05.- EMLET, C. A.; CRABTREE, J. L. Introduction to In-home assessment of older adults In: EMLET, C. A.; CRABTREE, J. L.; CONDON, V. A.; TREML, L.A. In: *Home Assessment of Older Adults: an interdisciplinary approach*. Aspen: Maryland, 1996.
- 06.- GALINSKY, D. Atención Progresiva. In: ANZOLA, Pérez E. et al. (Eds.). *La Atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993. p. 219-329. (Publicación científica 546).
- 07.- HING, E.; BLOOM, B. Long-term care for the functionally dependent Elderly National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*, v.13, n. 104, p. 1-49, 1998.
- 08.- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1999: microdados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. (CD-ROM).
- 09.- KEENAN, J. M.; HEPBURN, K. W. Home Care In: HAM, R. J.; SLOANE, P. D. *Primary care geriatrics: a case-based approach*. Mosby, St. Louis, 1997.
- 10.- MARRELLI, T. M. Welcome to home care: the health setting of the future. In: MARRELLI, T. M. *Handbook of Home Health Orientation*. Mosby, St.Louis, 1997.
- 11.- RAMOS, L. R. et al. Significance and Management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v. 8, p. 313-323, 1993.
- 12.- SAGER, M. A. et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization. In: Older person. *Arch Intern Med*, v. 156, p. 645-652, 1966.



PARTE IV: CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO E MANUTENÇÃO DO CADASTRAMENTO

1. ROTEIRO PARA CADASTRAMENTO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO

1.1- Planejamento/Distribuição de serviços

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Centros de forma a constituírem uma Rede Estadual de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Devem ser obedecidos, além dos quantitativos definidos para cada estado (quadro abaixo), os critérios de cadastramento estabelecidos, designando aqueles hospitais que, por suas características técnicas e científicas, operacionais e localização geográfica sejam os mais adequados para facilitar o acesso aos usuários e a cobertura assistencial dos pacientes idosos.

1.2- Quantitativo de centros de referência por estado

Estado	n
ACRE	1
ALAGOAS	1
AMAPÁ	1
AMAZONAS	1
BAHIA	5
CEARÁ	3
DISTRITO FEDERAL	1
ESPÍRITO SANTO	1
GOIÁS	2
MARANHÃO	2
MATO GROSSO	1
MATO GROSSO DO SUL	1
MINAS GERAIS	8
PARÁ	3

Estado	n
PARAÍBA	1
PARANÁ	4
PERNAMBUCO	3
PIAUI	1
RIO DE JANEIRO	7
RIO GRANDE DO NORTE	1
RIO GRANDE DO SUL	5
RONDÔNIA	1
RORAIMA	1
SANTA CATARINA	2
SÃO PAULO	15
SERGIPE	1
TOCANTINS	1
TOTAL BRASIL	74

1.3- Condições essenciais para cadastramento de um centro de referência em assistência à saúde do idoso

Para habilitar-se ao cadastramento como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, o hospital deverá cumprir as seguintes exigências, constantes no questionário de auto-avaliação:

Passo 1 – Ser hospital geral, com número de leitos instalados e cadastrados pelo Sistema Único de Saúde igual ou maior que cem (100) leitos, disponibilizando pelo menos 10% destes destinados a acomodações para internação de pacientes idosos. O hospital deve garantir o direito de acompanhante aos idosos, quando em regime de internação hospitalar, em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS n.º 280, de 7 de abril de 1999 e Portaria GM/MS n.º 830, de 24 de junho de 1999.

Passo 2 – O Hospital deve possuir equipe interdisciplinar e multiprofissional básica, com competência em saúde do idoso, formada pelo menos por médico, enfermeiro, assistente social e fisioterapeuta, para o atendimento em todas as modalidades de assistência à saúde do idoso disponibilizada como referência.

Passo 3 – O Hospital deve dispor de área própria para o atendimento ambulatorial especializado em saúde do Idoso, como referência para o gestor. Este atendimento deverá ser proporcionado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, na modalidade individual (consulta médica e de enfermagem, fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, orientação dietética; consulta com fonoaudiologista) e no

atendimento de grupo (grupo operativo, terapêutico, atividade socioterápica, grupo de orientação, atividades de sala de espera, atividades de educação em saúde). São de vital importância a orientação e apoio constante ao paciente, ao cuidador e à família.

Passo 4 – O estabelecimento de saúde deve oferecer as facilidades hospitalares descritas no item 2.2.5 do Anexo I da Portaria SAS n.º 249/2002, tais como os serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica, atendimento de ocorrências nas 24 horas do dia, Unidade de Tratamento Intensivo e Hemoterapia. Além do mais, deve contar com médicos das diversas especialidades para, conforme as necessidades, prestarem consulta/assistência aos pacientes.

Passo 5 – O Hospital deve possuir protocolos escritos para a assistência ao idoso que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais, incluindo avaliação do idoso, medidas de prevenção de agravos, principalmente relacionadas com as complicações mais comuns que podem surgir durante a sua internação, procedimentos em situações de emergência/urgência, bem como estratégias de trabalho em equipe.

Passo 6 – Todo idoso atendido deve ser submetido a uma ampla avaliação pela equipe multiprofissional e interdisciplinar que contemple avaliação da saúde física e mental, além de avaliação social, nutricional, de enfermagem e funcional, de acordo com as normas de funcionamento dos Centros de Referência em Saúde do Idoso. O paciente deve ser avaliado, cadastrado e, no momento da alta, encaminhado aos programas de desospitalização com acompanhamento ambulatorial ou domiciliar, estabelecidos pelos diversos protocolos clínicos. A instituição deverá ter um sistema de registro que possibilite um levantamento epidemiológico da população idosa atendida.

Passo 7 – O Hospital deve possuir, além da equipe interdisciplinar e multiprofissional básica, uma equipe ampliada que contemple nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, todos capacitados em saúde do idoso.

Passo 8 – Toda equipe de apoio deve ser treinada em serviço e, desta forma, capacitada para implementar o programa de atendimento ao idoso.

Passo 9 – O hospital deve possuir um Serviço de Assistência Domiciliar de Média Complexidade para o atendimento ao idoso, de acordo com as Normas de Funcionamento contidas nos Anexos da Portaria SAS n.º 249, de 12 de abril de 2002.

Passo 10 – O hospital deve possuir um Hospital-Dia Geriátrico, de acordo com as Normas de Funcionamento contidas nos anexos da Portaria SAS n.º 249/2002.

Passo 11 – O hospital deve possuir programa de orientação e apoio ao cuidador do idoso, pois este será o elo de ligação entre a equipe de saúde e o idoso. Ele deve ser instruído de como pode melhorar o apoio que dá a pessoa idosa que está acompanhando em relação à sua independência funcional, buscando preservar ao máximo sua autonomia.

Passo 12 – O Hospital deve possuir sua área física adequada em acordo com a Portaria SAS n.º 249/2002 Anexo I, item 2.2.2

Além disto, o Centro de Referência deve:

- ⇒ desenvolver programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do idoso, com cronograma anual de acompanhamento;
- ⇒ contar com um sistema formal de referência e contra referência;
- ⇒ estar articulado com as equipes dos Programas de Atenção Básica e Saúde da Família, onde estiverem implantados;
- ⇒ organizar grupos de apoio ao idoso, preferencialmente em parceria com outras instituições da sociedade civil organizada, que tenham como objetivo promover ações de melhoria da qualidade de vida;
- ⇒ ser responsável pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores das doenças de Alzheimer e de Parkinson.



1.4- Processo de cadastramento

1.4.1- Uma vez concluída a fase de Planejamento e Distribuição dos Centros de Referência, conforme estabelecido no item 1.1 supra, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 2002).

1.4.2- O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

- a) Questionário de Auto-Avaliação – através deste instrumento, pretende-se que os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde façam uma análise de suas práticas. As perguntas são estruturadas através dos critérios globais, de modo a permitir que as respostas sejam tabuladas de tal maneira a fornecer subsídios para ações futuras. Uma cópia deste questionário deve ser remetida para a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.
- b) Relatório de Vistoria – a vistoria deverá ser realizada “*in loco*” pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento, que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria SAS n.º 249, de 12 de abril de 2002, observando-se todos os passos do questionário de auto-avaliação.
- c) Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, circunstanciada, firmada pelo Secretário de Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde em Município em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, o qual será responsável pela integração do Centro à Rede de Referência Estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes.

1.4.3- Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS, e se o mesmo for favorável, o processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, para análise, com:

- a) Parecer Conclusivo do Gestor, circunstanciado;
- b) cópias de “Folhas Resumo” do Relatório de Vistoria à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Nessas “Folhas Resumo” devem constar todos os passos do Questionário de Auto-Avaliação, detalhando-se o que o hospital possui;
- c) cópia do Questionário de Auto-Avaliação.

1.4.4- O Ministério da Saúde avaliará o Processo de Cadastramento e, uma vez aprovado o mesmo, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

2. ROTEIRO PARA CADASTRAMENTO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO COM PENDÊNCIA(S)

2.1- Planejamento/Distribuição de serviços

Nas regiões em que não se dispõe de um Hospital que preencha todos os 12 passos que caracterizam um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal poderão estabelecer um planejamento de distribuição regional de Centros Referência em Assistência à Saúde do Idoso com Pendência(s), de forma a viabilizarem temporariamente uma Rede Estadual de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, obedecidos os critérios abaixo.

2.2- Características de um centro de referência em assistência à saúde do idoso com pendências

Para ser habilitado e cadastrado como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso com Pendência(s), o hospital deverá:

- a) cumprir, pelo menos, as exigências contidas nos passos 1 a 4 do questionário de auto-avaliação;
- b) analisar as áreas problemáticas e implementar um plano de ação, com cronograma específico, até que as mudanças sejam incorporadas às rotinas;
- c) propor um período de tempo, de no máximo seis meses, para atingir os critérios globais (todos os 12 passos);
- d) comprometer-se formalmente a cumprir todas as exigências contidas nos passos restantes, no período máximo de seis meses, através de documento firmado pelo responsável do hospital.

2.3- Processo de cadastramento de centro de referência em assistência à saúde do idoso com pendência(s)

2.3.1- Uma vez concluída a fase de Planejamento e Distribuição dos Centros de Referência, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS, 2002).

2.3.2-O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

- a) Questionário de Auto-Avaliação – através deste instrumento pretende-se que os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde façam uma análise de suas práticas. As perguntas são estruturadas através dos critérios globais, de modo a permitir que as respostas sejam tabuladas de tal maneira a fornecer subsídios para ações futuras. Uma cópia deste questionário deve ser remetida para a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.
- b) Relatório de Vistoria – a vistoria deverá ser realizada “*in loco*” pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento, que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria SAS n.º 249, de 12 de abril de 2002, isto é, observando-se todos os passos do questionário de auto-avaliação e as pendências existentes.
- c) Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, circunstanciada, em relação ao cadastramento, firmada pelo Secretário de Saúde. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do Centro à Rede de Referência Estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes, bem como do acompanhamento da solução das pendências dos Centros de Referência.

2.3.3-Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS, e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, para análise, com:

- a) Parecer Conclusivo do Gestor, circunstanciado;
- b) Cópias de “Folhas Resumo” do Relatório de Vistoria à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Nessas “Folhas Resumo” devem constar todos os passos do Questionário de Auto-Avaliação, detalhando-se o que o hospital já possui, além das pendências que apresenta e como estas estão sendo ou serão resolvidas, inclusive o crono-

grama estabelecido. A solução das pendências devem ser acompanhadas pela Secretaria Estadual de Saúde. Uma vez solucionadas ou não no prazo previsto, deve haver uma comunicação formal à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde;

c) Cópia do Questionário de Auto-Avaliação.

2.3.4- O Ministério da Saúde avaliará o Processo de Cadastramento e, uma vez aprovado o mesmo, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

2.4- Mudança de centro com pendência(s) para centro de referência em assistência à saúde do idoso

Cumprido o prazo estabelecido, para o centro resolver suas pendências, a secretaria responsável pelo seu cadastro, realizará uma vistoria no local, Constatando-se se o estabelecimento de saúde cumpriu o cronograma estipulado de comum acordo, resolvendo suas pendências. Nesse caso, o Centro com pendência(s) poderá ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência à saúde do Idoso, sendo que, deverão ser cumpridas as mesmas exigências contidas no item 1.3 deste roteiro, que dispõe sobre o processo de cadastramento.

3. MANUTENÇÃO DO CADASTRO E DESCADASTRAMENTO

Para manutenção do cadastramento, os Centros de Referência deverão cumprir as normas estabelecidas pela presente Portaria, em suas modalidades assistenciais próprias ou conveniadas. O descadastramento poderá ocorrer se, após avaliação de funcionamento, por meio de auditorias periódicas realizadas pelo gestor, o Centro não cumprir as normas em vigor.

3.1- Processo de manutenção do cadastramento

A Portaria SAS n.º 249/2002, estabelece em seu art. 3.º como obrigatória a realização, pelo(s) gestor(es) de vistoria e avaliação anual em todos os serviços que compõem a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso. Uma vez realizada a vistoria e avaliação, “Folhas Resumo” devem ser enviadas à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

3.2- Processo de descadastramento

Uma vez realizada a vistoria pelo(s) gestor(s) e, constatado que o Centro não está cumprindo as normas em vigor, um processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, para análise, com:

- a) Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário de Saúde, em relação ao descadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS.
- b) cópias de “Folhas Resumo” do Relatório de Vistoria – nessas “Folhas Resumo”, devem ser relatados, todos os passos do Questionário de Auto-Avaliação.

O Ministério da Saúde avaliará o Processo de Descadastramento e, uma vez aprovado o mesmo, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

3.3- Processo de descadastramento de centro em assistência à saúde do idoso com pendência(s)

Cumprido o prazo estabelecido para o centro resolver suas pendências, a Secretaria responsável pelo seu cadastro, realizará uma vistoria no local. Constatado que o estabelecimento de saúde o estabelecimento de saúde não cumpriu o cronograma estipulado de comum acordo para resolução de suas pendências, o mesmo será descadastrado. Nesse caso, uma vez emitido o parecer a respeito do descadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS, um Processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, para análise, os mesmos documentos solicitados no item 3.2

O Ministério da Saúde avaliará o Processo de Descadastramento e, uma vez aprovado o mesmo, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

3.4- Processo de prorrogação do cadastramento de centro de referência em saúde do idoso com pendência(s) não resolvidas

Em casos excepcionais, devidamente justificados antes do término do prazo, o hospital poderá pedir uma prorrogação de mais seis meses. Após este tempo, o cadastramento não será renovado. Nesse caso, uma vez emitido o parecer a respeito do descadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS, um processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, para análise, com:

- a) Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário de Saúde, em relação ao descadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de Município em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS.
- b) Cópias de “Folhas Resumo” do Relatório de Vistoria – nessas “Folhas Resumo”, devem ser relatados todos os passos do Questionário de Auto-Avaliação.
- c) Cópia do Questionário de Auto-Avaliação.

4. ROTEIRO PARA CADASTRAMENTO POR SOLICITAÇÃO ESPONTÂNEA DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO OU CENTROS COM PENDÊNCIAS

No caso de solicitação espontânea, para este Hospital ser considerado como Centro de Referência em Saúde do Idoso, ou Centro de Referência em Saúde do Idoso com pendências, deverá realizar uma consulta prévia ao gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, e a necessidade de cadastramento do mesmo. Esta necessidade será de responsabilidade do gestor, que levará em conta aspectos epidemiológicos e de cobertura populacional.

Confirmada a necessidade, a solicitação de cadastramento circunstanciada, acompanhada do Questionário de Auto-Avaliação, deverá ser formalizada junto à Secretaria Estadual de Saúde, do Distrito Federal ou Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades pactuadas na Comissão Intergestora Bipartite. A entrada do pedido, também pode ocorrer via Comissão Intergestora Tripartite. Em qualquer situação, a Secretaria Estadual de Saúde se encarregará da avaliação inicial das condições de funcionamento do Serviço, por meio de vistoria *in loco* e da emissão de laudo conclusivo a respeito da possibilidade de cadastramento. No caso da formalização de uma solicitação de cadastramento ser feita em município com Gestão plena do Sistema Municipal, o processo deverá conter, além do parecer do gestor municipal, o parecer da Secretaria Estadual de Saúde, que será responsável pela integração do novo Serviço na rede de referência estadual. A partir deste momento, segue-se o Roteiro do item 1 ou 2.





PARTE V: QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO

DADOS DO HOSPITAL

Data: _____ de _____ de 20 _____

Nome do hospital:

Endereço: _____ CNPJ: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone: _____ Fax: _____ Telex _____

E-mail: _____

Nome do diretor do hospital:

Administrativo: _____ Fone: _____

Clínico: _____ Fone: _____

Nome do profissional de Saúde responsável:

Pelo Serviço de Geriatria _____ Fone: _____

Nome do responsável por esta auto-avaliação: _____

Fone: _____

Tipo de hospital

- Público
- Hospital Universitário
- Hospital Escola
- Filantrópico
- Privado
- Outro:

QUESTIONÁRIO

PASSO 1

O Estabelecimento Assistencial de Saúde deve ser um Hospital geral com 100 leitos ou mais, estar cadastrado no Sistema Único de Saúde e disponibilizar pelo menos dez por cento (10%) de seus leitos hospitalares à internação de pacientes idosos.

Os idosos com quadros de agravos à saúde que necessitam de cuidados terapêuticos em nível hospitalar, apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença de familiar. Portanto, o hospital deve viabilizar meios que permitam a presença de acompanhante dos mesmos, nos termos da Portaria Ministerial GM/MS n.º 280/1999

1.1 Possui número de leitos igual ou superior a 100 cadastrados pelo SUS?

- Sim. Quantos? _____ leitos
- Não

1.2 Disponibiliza pelo menos 10% de seus leitos hospitalares ao gestor do SUS, para servir de referência ao atendimento do paciente idoso?

- Sim
- Não

1.3 Se resposta **sim** na pergunta anterior; estes leitos

- são específicos para o atendimento de geriatria. Quantos?
- compõe o quadro geral de internações. Quantos?

1.4 O hospital viabiliza meios que permitam a presença de acompanhantes aos idosos hospitalizados?

- Sim
- Não

PASSO 2

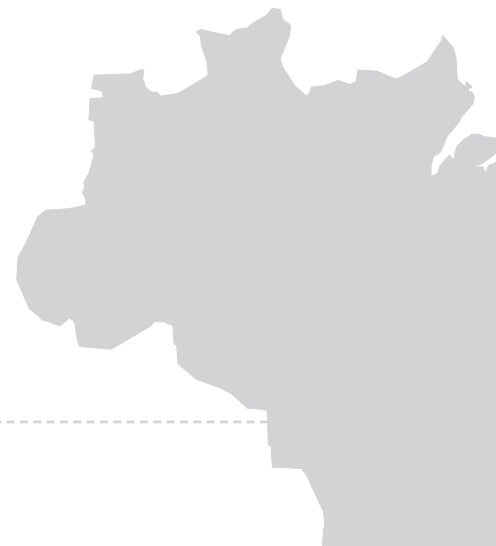
O Hospital deve possuir equipe interdisciplinar e multiprofissional básica, com competência em saúde do idoso, formada, pelo menos, por médico, enfermeiro, assistente social e fisioterapeuta.

2.1a Possui médico capacitado em saúde do idoso?

- Sim () Se mais que um, colocar entre parênteses o número (também na pergunta a seguir)
- Não (nesse caso, não responder a questão a seguir)

2.1b Se capacitado, que tipo de capacitação? (assinalar todas as respostas corretas)

- Doutorado ()
- Mestrado ()
- Especialização por Instituição de Ensino Superior ()
- Título de Especialista em Geriatria ()
- Nenhuma das respostas acima. Especificar:





2.2a Possui enfermeiro capacitado em saúde do idoso?

- Sim () Se mais que um, colocar entre parênteses o número (também na pergunta a seguir)
- Não (nesse caso, não responder a questão a seguir)

2.2b Se capacitado, que tipo de capacitação? (assinalar todas as respostas corretas)

- Doutorado ()
- Mestrado ()
- Especialização por Instituição de Ensino Superior ()
- Título de Especialista em Gerontologia ()
- Nenhuma das respostas acima. Especificar:

2.3a Possui assistente social capacitado em saúde do idoso?

- Sim () Se mais que um, colocar entre parênteses o número (também na pergunta a seguir)
- Não (nesse caso, não responder a questão abaixo)

2.3b Se capacitado, que tipo de capacitação? (assinalar todas as respostas corretas)

- Doutorado ()
- Mestrado ()
- Especialização por Instituição de Ensino Superior ()
- Título de Especialista em Gerontologia ()
- Nenhuma das respostas acima. Especificar:

2.4a Possui fisioterapeuta capacitado em saúde do idoso?

- Sim () Se mais que um, colocar entre parênteses o número (também na pergunta a seguir)
- Não (nesse caso, não responder a questão abaixo)

2.4b Se capacitado, que tipo de capacitação? (assinalar todas as respostas corretas)

- Doutorado ()
- Mestrado ()
- Especialização por Instituição de Ensino Superior ()
- Título de Especialista em Gerontologia ()
- Nenhuma das respostas acima. Especificar:

PASSO 3

O Hospital deve possuir um Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso, como referência, com atendimento por sua equipe multiprofissional e interdisciplinar capacitada em saúde do idoso. Neste ambulatório o paciente idoso receberá atendimento individual (consulta médica e de enfermagem; psicoterapia; terapia ocupacional; orientações dietéticas; reabilitação fisioterápica e fonoaudiológica), grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas; grupo de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde). É de fundamental importância a orientação e apoio constante ao paciente, ao cuidador e à família como um todo.

3.1 O hospital possui um ambulatório especializado em saúde do idoso?

- Sim
- Não (neste caso, não responder a questão abaixo)

3.2 O idoso, quando necessário, recebe atendimento pela equipe multiprofissional e interdisciplinar?

- Sim (Nesse caso, especifique os tipos de atendimento dispensado)
- Não. Porque?

PASSO 4

O estabelecimento de saúde deve oferecer as facilidades hospitalares descritas no item 2.2.5 do Anexo I da Portaria SAS n.º 249/2002, tais como os serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica, atendimento de ocorrências nas 24 horas do dia, Unidade de Tratamento Intensivo e Hemoterapia. Além do mais, deve contar com médicos das diversas especialidades para, conforme as necessidades, prestarem consultas e/ou assistência aos pacientes.

4.1 O Hospital oferece todas as facilidades referidas acima?

- Sim
- Não. Quais?

PASSO 5

O Hospital deve possuir protocolos escritos para a assistência ao idoso que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais incluindo avaliação do idoso, medidas de prevenção de agravos, principalmente relacionadas com as complicações mais comuns que podem surgir durante a sua internação, procedimentos em situações de emergência/urgência bem como estratégias de trabalho em equipe.

5.1 O hospital possui protocolos escritos sobre o atendimento ao idoso, rotineiramente transmitida à toda a equipe de cuidados de saúde?

- Sim
- Não (nesse caso, não responder as perguntas seguintes)

5.2 Esses protocolos escritos contemplam as complicações mais comuns que podem surgir durante a hospitalização do paciente idoso?

- Sim
- Não

5.3 Existe um mecanismo para avaliar a eficácia destes protocolos?

- Sim. Especifique
- Não



PASSO 6

Todo idoso atendido deve ser submetido a uma avaliação ampla que contemple:

a) Avaliação da saúde física:

- √ diagnósticos presentes (co-morbidade);
- √ indicadores de gravidade;
- √ quantificação dos serviços médicos utilizados (incluindo internações anteriores);
- √ auto-avaliação de problemas de saúde.

b) Avaliação da saúde mental:

- √ testes de função cognitiva (Exemplo: *Mini Mental State Examination*);
- √ escala (curta) de Depressão Geriátrica e/ou DSM IV.

c) Avaliação social:

- √ avaliação da rede de suporte social;
- √ avaliação dos recursos disponíveis;
- √ avaliação das necessidades de suporte.

d) Avaliação nutricional

e) Avaliação de enfermagem

- √ avaliação da capacidade de autocuidado;
- √ avaliação das demandas assistenciais.

f) Avaliação funcional

- √ atividades básicas da vida diária
- √ atividades instrumentais da vida diária

O paciente deve ser avaliado, cadastrado e, no momento da alta, encaminhado aos programas de desospitalização com acompanhamento ambulatorial ou domiciliar, estabelecidos pelos diversos protocolos clínicos.

6.1 O paciente idoso, quando atendido, é submetido a uma avaliação ampla que contemple sua saúde física, psicológica, situação social e independência funcional?

- Sim
- Não (nesse caso, não responder a pergunta abaixo)

6.2 O paciente possui prontuário acessível no atendimento extra-hospitalar?

- Sim
- Não

6.3 Após a alta, o paciente é acompanhado por um programa de desospitalização com acompanhamento ambulatorial ou domiciliar, estabelecidos pelos diversos protocolos clínicos?

- Sim
- Não

6.4 A instituição é capaz de gerar relatórios que possibilitem o levantamento dos dados epidemiológicos da população idosa atendida?

- Sim
- Não

PASSO 7

O Hospital deve possuir, além da equipe interdisciplinar e multiprofissional básica e uma equipe ampliada que contemple também nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, todos capacitados em saúde do idoso.

Entende-se por equipe multiprofissional e interdisciplinar, uma combinação de profissionais (de diferentes profissões e/ou especialistas de uma mesma profissão) que trabalham em um mesmo local com uma finalidade comum, atuando de maneira interdependente, isto é, interagindo formal e informalmente. Eles podem realizar avaliações isoladas mas as informações destas são trocadas sistematicamente, isto é, trabalham de maneira combinada, tanto no planejamento como na implementação de cuidados ao paciente.

7.1a O hospital possui nutricionista capacitado em saúde do idoso?

- Sim () Se mais que um, colocar entre parênteses o número (também na pergunta a seguir)
- Não (nesse caso, não responder a questão abaixo)

7.1b Se capacitado, que tipo de capacitação? (assinalar todas as respostas corretas)

- Doutorado ()
- Mestrado ()
- Especialização por Instituição de Ensino Superior ()
- Título de Especialista em Gerontologia ()
- Nenhuma das respostas acima. Especificar:

7.2a Possui psicólogo capacitado em saúde do idoso?

- Sim () Se mais que um, colocar entre parênteses o número (também na pergunta a seguir)
- Não (nesse caso, não responder a questão abaixo)

7.2b Se capacitado, que tipo de capacitação? (assinalar todas as respostas corretas)

- Doutorado ()
- Mestrado ()
- Especialização por Instituição de Ensino Superior ()
- Título de Especialista em Gerontologia ()
- Nenhuma das respostas acima. Especificar:

7.3a Possui terapeuta ocupacional capacitado em saúde do idoso?

- Sim () Se mais que um, colocar entre parênteses o número (também na pergunta a seguir)
- Não (nesse caso, não responder a questão abaixo)



7.3b Se capacitado, que tipo de capacitação? (assinalar todas as respostas corretas)

- Doutorado ()
- Mestrado ()
- Especialização por Instituição de Ensino Superior ()
- Título de Especialista em Gerontologia ()
- Nenhuma das respostas acima. Especificar:

7.4a Possui fonoaudiólogo capacitado em saúde do idoso?

- Sim () Se mais que um, colocar entre parênteses o número (também na pergunta a seguir)
- Não (neste caso, não responder a questão abaixo)

7.4b Se capacitado, que tipo de capacitação? (assinalar todas as respostas corretas)

- Doutorado ()
- Mestrado ()
- Especialização por Instituição de Ensino Superior ()
- Título de Especialista em Gerontologia ()
- Nenhuma das respostas acima. Especificar:

PASSO 8

Toda equipe de apoio deve ser treinada em serviço e, desta forma, capacitada para implementar o programa de atendimento ao idoso.

O coordenador da equipe será o responsável pelo programa de treinamento dos membros da equipe de cuidados de saúde que tenham qualquer tipo de contato com os idosos atendidos. Uma cópia do programa de treinamento (conteúdo) ou as linhas gerais dos cursos devem estar disponíveis. Também deve existir ainda um cronograma de treinamento de novos funcionários, o qual deve ter uma carga horária mínima de 20 horas, incluindo um mínimo de 5 horas de experiência prática sob supervisão.

8.1 Todos os membros da equipe de apoio recebem treinamento quanto aos aspectos específicos de cuidados com pacientes idosos?

- Sim
- Não

8.2 Todos os membros da equipe de apoio que cuidam dos idosos recebem um treinamento nos seus seis primeiros meses de serviço?

- Sim
- Não

PASSO 9

O hospital deve possuir e/ou estruturar Assistência Domiciliar de Média Complexidade para o atendimento ao idoso de acordo com as Normas de Funcionamento contidas nos Anexos da Portaria SAS n.º 249, de 12 de abril de 2002. Esta é uma forma de atender às necessidades do paciente idoso em seu ambiente, o que favorece a recuperação e a manutenção de sua saúde. Associa os cuidados das doenças de base e suas complicações às possibilidades de educação e orientação dos responsáveis quanto aos cuidados com o paciente, bem como as necessárias adaptações ambientais. Seu objetivo principal é reduzir o número de internações, reinternações, e o tempo de permanência no hospital, o que determinará sua progressiva desospitalização.

9.1 O hospital possui um Programa de Assistência Domiciliar de Média Complexidade?

- Sim
- Não (não responder as perguntas seguintes)

9.2 Que profissionais compõem esta equipe?

- Médico
- Enfermeiro
- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional
- Fonoaudiólogo
- Psicólogo
- Nutricionista
- Outros. Citar:

9.3 Qual a área de abrangência do Programa de Assistência Domiciliar de Média Complexidade?

- km² de área adscrita

9.4 Qual o número de idosos contidos na área de abrangência? idosos

9.5 Existe um serviço de retaguarda, durante 24hs por dia, ao paciente em Assistência Domiciliar de Média Complexidade?

- Sim
- Não

9.6 Existe garantia de transporte de ambulância durante 24 hs por dia ao paciente em Assistência Domiciliar de Média Complexidade?

- Sim
- Não

9.7 Existe prontuário para o paciente em Assistência Domiciliar de Média Complexidade conforme as exigências do Anexo I item 2.2.7 da Portaria SAS n.º 249, de 12 de abril de 2002.

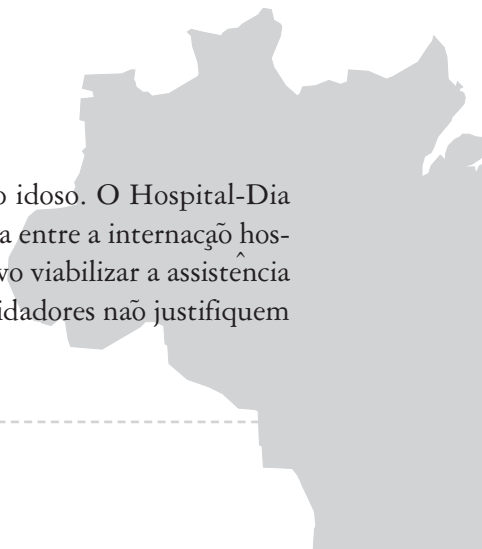
- Sim
- Não

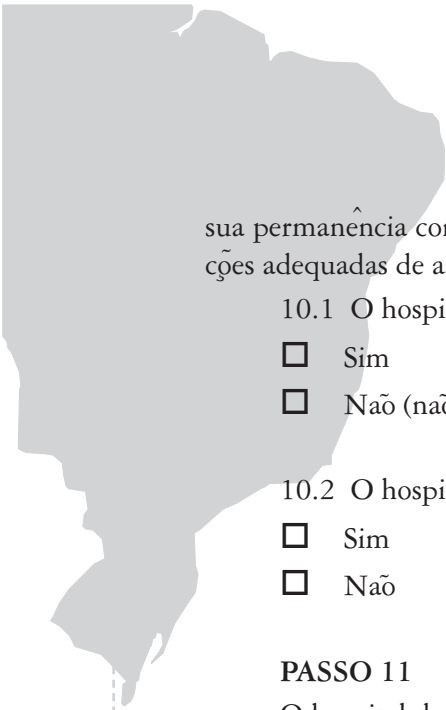
9.8 A via do prontuário que fica no Centro de Referência é de fácil acesso ao médico plantonista na vigência de intercorrências?

- Sim
- Não

PASSO 10

O hospital deve possuir Hospital-Dia Geriátrico para o atendimento ao idoso. O Hospital-Dia Geriátrico consiste em uma forma intermediária de atendimento à saúde, situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar (ou complementar a esta), que tem por objetivo viabilizar a assistência adequada para os idosos cuja necessidade terapêutica e de orientação de seus cuidadores não justifiquem





sua permanência contínua em ambiente hospitalar e/ou auxiliar as famílias que não apresentam condições adequadas de assistir as demandas assistenciais deste idoso.

10.1 O hospital possui hospital-dia geriátrico para o atendimento ao idoso?

- Sim
- Não (não responder a pergunta seguinte)

10.2 O hospital-dia enquadra-se na Portaria SAS n.º 249, de 12 de abril de 2002?

- Sim
- Não

PASSO 11

O hospital deve possuir programa de orientação e apoio ao cuidador do idoso, pois este será o elo de ligação entre a equipe de saúde e o idoso. Ele deve ser instruído de como pode melhorar o apoio que dá a pessoa idosa que está acompanhando em relação à sua independência funcional, buscando preservar ao máximo sua autonomia.

11.1 O Centro de Referência possui um programa de orientação de cuidadores, no período de Internação, de tratamento no ambulatório especializado, no hospital-dia geriátrico, na Assistência Domiciliar de Média Complexidade ?

- Sim
- Não

11.2 Existe um protocolo estabelecido para atendimento às demandas dos cuidadores?

- Sim
- Não

PASSO 12

O hospital deve eliminar as barreiras arquitetônicas que possam impedir o acesso ou colocar em risco de acidentes o paciente idoso, de acordo com a Portaria Ministerial SASMS n.º 249/2002

12.1 O hospital possui área física adequada em acordo com a Portaria Ministerial SASMS n.º 249/2002?

- Sim
- Não

RESUMO

a) O seu hospital segue todos os 12 PASSOS para promover o sucesso do atendimento integral à saúde do idoso?

- Sim
- Não

b) Em caso negativo, quais passos não estão sendo cumpridos:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

c) Na sua opinião, quais as melhorias necessárias para o cumprimento desses passos?

d) Se há necessidade de melhorias, você gostaria de alguma ajuda?

- Sim
- Não

e) Caso afirmativo, indique quais:

- Consultoria
- Treinamento/orientação de pessoal
- Outras

f) Observações:

Itens de Verificação Anual

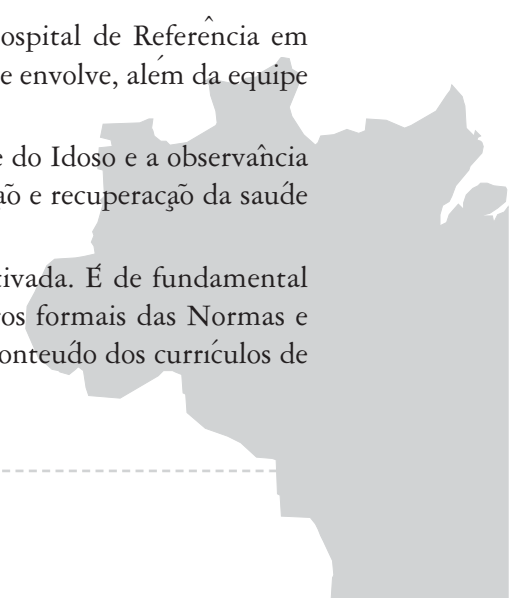
Após 12 meses, o hospital que preencher os Critérios de Avaliação será analisado através dos itens correspondentes aos doze passos.

Ação Contínua

A designação de um estabelecimento assistencial de saúde como “Hospital de Referência em Saúde do Idoso” representa a etapa final de todo o processo de mobilização que envolve, além da equipe de saúde, os diretores e/ou administradores.

A divulgação das “Diretrizes Essenciais” da Política Nacional de Saúde do Idoso e a observância das condutas ali indicadas são instrumentos vitais para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso.

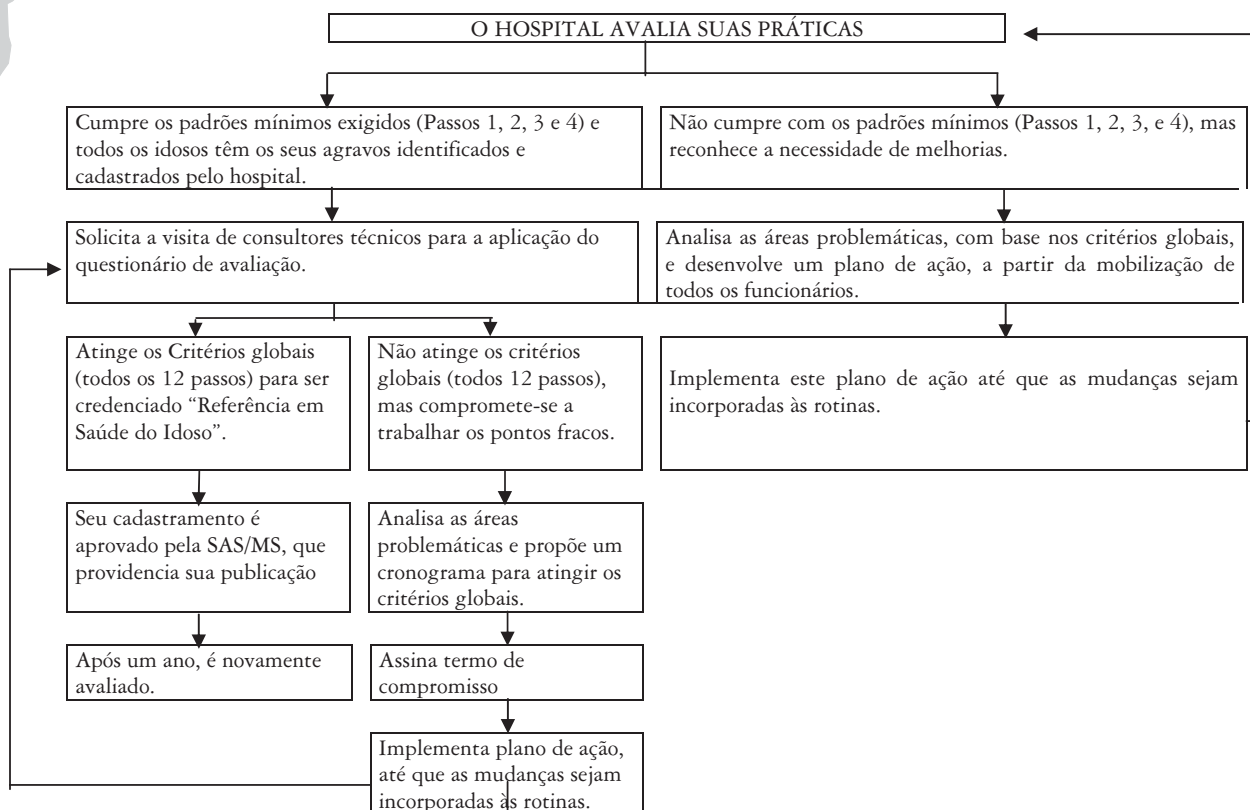
Nesse contexto, a continuidade do processo deve ser garantida e efetivada. É de fundamental importância que os estabelecimentos assistenciais de saúde possuam registros formais das Normas e Rotinas sobre a Promoção, Prevenção e Recuperação da Saúde do Idoso, do conteúdo dos currículos de



treinamento oferecidos aos profissionais da instituição (um manual específico que oriente os treinamentos) e, ainda, das atividades de educação em saúde desenvolvidas para o idoso.

A existência destes documentos assegura a continuidade da Política Institucional relativa a Promoção, Prevenção e Recuperação da Saúde do Idoso, protegendo-a de eventuais mudanças dos profissionais responsáveis por sua implementação.

Processo de Credenciamento de um Estabelecimento Assistencial de Saúde



PARTE VI: PORTARIA GM/MS N.º 1.395/99 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

Portaria GM/MS n.º 1.395, de 10 de dezembro de 1999.

O ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e considerando a necessidade de o setor Saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso;

a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e

a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1.º Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2.º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade às diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

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

OSÉ SERRA

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

INTRODUÇÃO

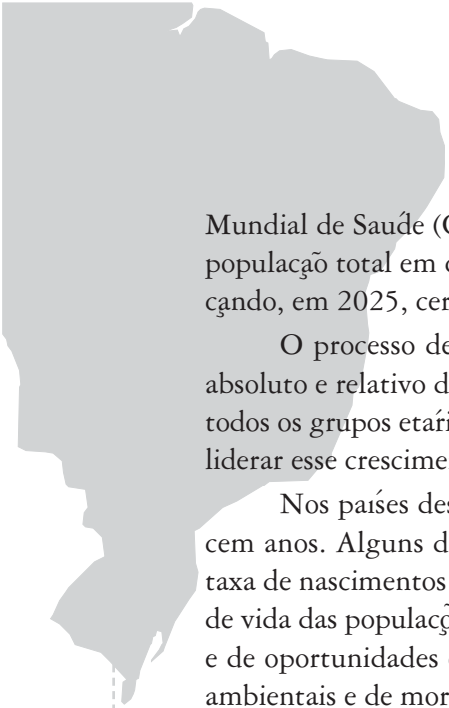
Parte essencial da Política Nacional de Saúde, a presente Política fundamenta a ação do setor Saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, em conformidade à Lei Orgânica da Saúde – n.º 8.080/90 – e a Lei n.º 8.842/94, que assegura os direitos deste segmento populacional.

No conjunto dos princípios definidos pela Lei Orgânica, destaca-se o relativo à “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, que constitui uma das questões essenciais enfocadas nessa Política, ao lado daqueles inerentes à integralidade da assistência e ao uso da epidemiologia para a fixação de prioridades (Art. 7.º, incisos III, II e VII, respectivamente).

Por sua vez, a Lei n.º 8.842 – regulamentada pelo Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996 –, ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas das áreas envolvidas, busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Segundo essa Lei, cabe ao setor Saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área (inciso II do Art. 10).

Ao lado das determinações legais, há que se considerar, por outro lado, que a população idosa brasileira tem se ampliado rapidamente. Em termos proporcionais, a faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da Organização



Mundial de Saúde (OMS), o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O País ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificaram a pirâmide populacional. Até os anos 60, todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento.

Nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu lentamente, realizando-se ao longo de mais de cem anos. Alguns desses países, hoje, apresentam um crescimento negativo da sua população, com a taxa de nascimentos mais baixa que a de mortalidade. A transição acompanhou a elevação da qualidade de vida das populações urbanas e rurais, graças à adequada inserção das pessoas no mercado de trabalho e de oportunidades educacionais mais favoráveis, além de melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia.

À semelhança de outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultando, sobretudo, do intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado por meio da industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas. Esse processo de urbanização propiciou maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que colaborou para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da fecundidade.

Ao persistir a tendência do envelhecimento como fenômeno urbano, as projeções para o início do século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades. As regiões mais urbanizadas, como Sudeste e Sul, ainda oferecem melhores possibilidades de emprego, disponibilidade de serviços públicos e oportunidades de melhor alimentação, moradia e assistência médica e social.

Embora grande parte das populações ainda viva na pobreza, nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna, verificadas nos últimos 60 anos – assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros –, favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças que eram fatais até então. O conjunto dessas medidas provocou uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida ao nascer.

No Brasil, em 1900, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos anos 40, de 39 anos; em 50, aumentou para 43,2 anos e, em 60, era de 55,9 anos. De 1960 para 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescidos 20 anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundação IBGE). De 1980 para 2000, o aumento deverá ser em torno de cinco anos, ocasião em que cada brasileiro, ao nascer, esperará viver 68 anos e meio. As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (Kalache et al., 1987).

Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, tem sido observado, a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento importante da proporção de idosos na população brasileira. De 1980 a 2000, o grupo etário com 60 anos ou mais de idade deverá crescer 105%; as projeções apontam para um crescimento de 130%, no período de 2000 a 2025.

Mesmo que se leve em conta que uma parcela do contingente de idosos participe da atividade econômica, o crescimento desse grupo populacional afeta diretamente a razão de dependência, usualmente definida como a soma das populações jovem e idosa em relação à população economicamente ativa total. Esse coeficiente é calculado tomando por base a população com menos de 15 anos e 60 anos ou mais anos de idade em relação àquela considerada em idade produtiva (situada na faixa etária dos 15 aos 59 anos de idade).

O processo de urbanização e a consequente modificação do mercado de trabalho aceleraram a redistribuição da população entre as zonas rural e urbana do País. Em 1930, dois terços da população brasileira viviam na zona rural; hoje, mais de três quartos estão em zona urbana. O emprego nas fabricas e as mais diferenciadas possibilidades de trabalho nas cidades modificaram a estrutura familiar brasileira, transformando a família extensa do campo na família nuclear urbana. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, exigindo os necessários mecanismos de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio.

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por alterações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios e segundo ou terceiro casamento, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira. Essas situações geram o que se convencionou chamar de intimidade à distância, em que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

Tem sido observada uma feminização do envelhecimento no Brasil. O número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 60 anos de idade, já é superior há muito tempo. Da mesma forma, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente aos homens idosos. No Brasil, desde 1950, as mulheres têm maior expectativa de vida ao nascer, sendo que a diferença está ao redor de sete anos e meio.

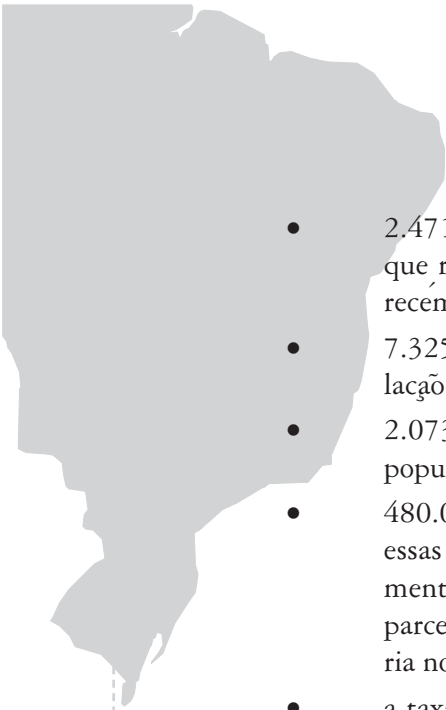
Por outro lado, o apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário. Por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de visibilidade maior.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a esse grupo populacional.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infecciosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no País, hoje são responsáveis por menos de 10% (RADIS: "Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980"). O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram responsáveis por 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade, típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

Tomando-se por base os dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 1997, e a população estimada pelo IBGE para este mesmo ano, pode-se concluir que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos de saúde. Naquele ano, o Sistema arcou com um total de 12.715.568 autorizações de internações hospitalares (AIHs), assim distribuídas:

- 
- 2.471.984 AIHs (19,4%) foram de atendimentos na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, que representava 33,9% da população total (aqui também estão incluídas as AIHs dos recém-nascidos em ambiente hospitalar, bem como as devidas a parto normal);
 - 7.325.525 AIHs (57,6%) foram na faixa etária de 15 a 59 anos de idade (58,2% da população total);
 - 2.073.915 AIHs (16,3%) foram na faixa etária de 60 anos ou mais de idade (7,9% da população total);
 - 480.040 AIHs (3,8%) foram destinadas ao atendimento de indivíduos de idade ignorada; essas hospitalizações, em grande parte, corresponderam a tratamento de enfermidades mentais de longa permanência, geralmente em pessoas acima de 50 anos de idade (essa parcela de AIHs foi excluída dos estudos em que se diferencia o impacto de cada faixa etária no sistema hospitalar);
 - a taxa de hospitalização, em um ano, alcançou um total de 46 por 1.000 indivíduos na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, 79 no segmento de 15 a 59 anos de idade e 165 no grupo de 60 anos ou mais de idade;
 - o tempo médio de permanência hospitalar foi de 5,1 dias para o grupo de 0 a 14 anos de idade, 5,1 dias no de 15 a 59 e 6,8 dias no grupo mais idoso;
 - o índice de hospitalização (número de dias de hospitalização consumidos, por habitante, a cada ano) correspondeu a 0,23 dias na faixa de 0 a 14 anos de idade; a 0,40 dias na faixa de 15 a 59; e a 1,12 dias na faixa de 60 anos ou mais de idade;
 - do custo total de R\$ 2.997.402.581,29 com despesas de internações hospitalares, 19,7% foram com pacientes da faixa etária de 0 a 14 anos de idade, 57,1% da faixa de 15 a 59 anos de idade e 23,9% foram de idosos;
 - o custo médio, por hospitalização, foi de R\$ 238,67 em relação à faixa etária de 0-14 anos de idade, R\$ 233,87 a de 15 a 59 anos e R\$ 334,73 ao grupo de mais de 60 anos de idade; e
 - o índice de custo (custo de hospitalização por habitante/ano) foi de R\$ 10,93 no segmento de 0 a 14 anos de idade, de R\$ 18,48 no de 15 a 59 anos de idade e de R\$ 55,25 no de mais de 60 anos de idade.

Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em seu benefício. O idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira para fins de reabilitação.

A abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado – focada em uma queixa principal e o hábito médico de tentar explicar todas as queixas e os sinais por um único diagnóstico, que é adequada no adulto jovem – não se aplica em relação ao idoso. Estudos populacionais demonstram que a maioria dos idosos (85%) apresenta pelo menos uma doença crônica e que uma significativa minoria (10%) possui, no mínimo, cinco destas patologias (Ramos, LR e cols, 1993). A falta de difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de Saúde tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso.

A maioria das instituições de ensino superior brasileiras ainda não está sintonizada com o atual processo de transição demográfica e suas consequências médico-sociais. Há uma escassez de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional no terceiro milênio.

O crescimento demográfico brasileiro tem características particulares, que precisam ser apreendidas mediante estudos e desenhos de investigação que deem conta dessa especificidade. O cuidado de saúde destinado ao idoso é bastante caro, e a pesquisa corretamente orientada pode propiciar os instrumentos mais adequados para maior eficiência na adoção de prioridades e na alocação de recursos, além de subsidiar a implantação de medidas apropriadas à realidade brasileira.

A transição demográfica no Brasil exige, na verdade, novas estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, com baixo nível socioeconômico, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de leitos de longa permanência.

A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas. O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, já bastante discutido, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas.

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente.

A maior parte dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda de quem quer que seja. Consoante aos mais modernos conceitos gerontológicos, esse idoso, que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar-se no seu cotidiano, deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas.

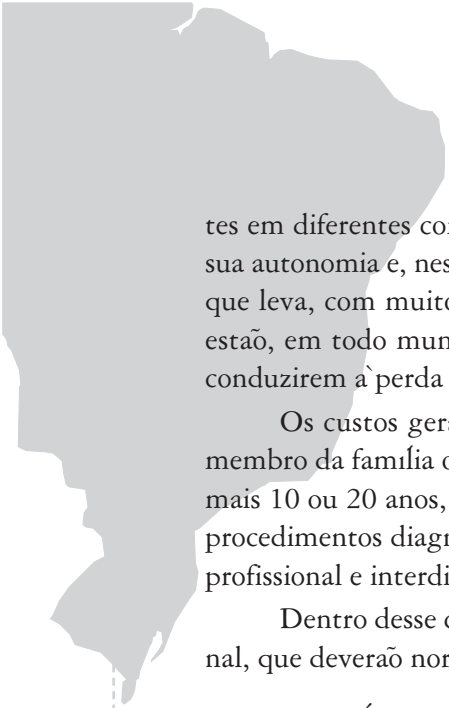
Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível – foco central desta Política –, significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso. Tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional.

Na análise da questão relativa à reabilitação da capacidade funcional, é importante reiterar que a maioria dos idosos desenvolve, ao longo da vida, algum tipo de doença crônica decorrente da perda continuada da função de órgãos e aparelhos biológicos. Essa perda de função pode ou não levar a limitações funcionais que, por sua vez, podem gerar incapacidades, conduzindo, em última instância, à dependência da ajuda de outrem ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência no dia-a-dia.

Estudos populacionais revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa do tipo fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar-se e levantar-se de cadeiras e camas (Ramos, L. R. e cols., 1993). É imprescindível que, na prestação dos cuidados aos idosos, as famílias estejam devidamente orientadas em relação às atividades de vida diária (AVDs).

Tanto a dependência física quanto a mental constituem fatores de risco significativos para mortalidade, mais relevantes até que as próprias doenças que levaram à dependência, visto que nem todo doente torna-se dependente, conforme revelam estudos populacionais de segmentos de idosos residen-



tes em diferentes comunidades (Ramos, L. R. e cols., 1993). No entanto, nem todo dependente perde sua autonomia e, nesse sentido, a dependência mental deve ser objeto de atenção especial, na medida em que leva, com muito mais frequência, à perda de autonomia. Doenças como depressão e demência já estão, em todo mundo, entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, exatamente por conduzirem à perda da independência e, quase que necessariamente, à perda da autonomia.

Os custos gerados por essa dependência são tão grandes quanto o investimento de dedicar um membro da família ou um cuidador para ajudar continuamente uma pessoa que, muitas vezes, irá viver mais 10 ou 20 anos, requerendo uma atenção que, não raro, envolve leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros e sofisticados, bem como o consenso frequente de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, capaz de fazer frente à problemática multifacetada do idoso.

Dentro desse contexto é que são estabelecidas novas prioridades dirigidas a esse grupo populacional, que deverão nortear as ações em saúde nesta virada de século.

2. PROPÓSITO

Como se pode compreender, o crescimento demográfico da população idosa brasileira exige a preparação adequada do País para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. Essa preparação envolve diferentes aspectos que dizem respeito desde a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas.

Acrescenta-se, por outro lado, a necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, neste compreendido o Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais.

Nesse sentido, a presente Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo, de forma independente, suas funções na sociedade.

Para tanto, nessa Política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor Saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito acima explicitado. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Idoso, mediante o qual deverá ser possível os eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática.

A implementação dessa Política compreende a definição e ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor Saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objeto. O esforço conjunto de toda a sociedade, aqui preconizado, implica o estabelecimento de uma articulação permanente que, no âmbito do SUS, envolve a construção de contínua cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito dessa Política Nacional de Saúde do Idoso, são definidas como diretrizes essenciais :

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;

- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais ; e
- o apoio a estudos e pesquisas.

3.1 *Promoção do envelhecimento saudável*

O cumprimento dessa diretriz compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

Entre os hábitos saudáveis, deverão ser destacados, por exemplo, a alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. Em relação aos hábitos nocivos, merecerão destaque o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação.

Tais temas serão objeto de processos educativos e informativos continuados, em todos os níveis de atuação do SUS, com a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos, bem como o desenvolvimento de campanhas em programas populares de rádio; veiculação de filmes na televisão; treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia de saúde da família para, no trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamentos saudáveis.

Ênfase especial será dada às orientações aos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais, que favorecem quedas e que podem comprometer a capacidade funcional dessas pessoas. Deverão ser garantidas aos idosos, assim como aos portadores de deficiência, condições adequadas de acesso aos espaços públicos, tais como rampas, corrimões e outros equipamentos facilitadores.

3.2 *Manutenção da capacidade funcional*

Ao lado das medidas voltadas à promoção de hábitos saudáveis, serão promovidas ações que visem à prevenção de perdas funcionais, em dois níveis específicos:

- prevenção de agravos à saúde;
- detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos.

As ações de prevenção envolvidas no primeiro nível estarão centradas na aplicação de vacinas, medida já consolidada para a infância, mas com prática ainda limitada e recente entre idosos. Deverão ser aplicadas as vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza, que representam problemas sérios entre os idosos no Brasil e que são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para este grupo populacional.

A maioria das hospitalizações para o tratamento do tétano ocorre em indivíduos acima dos 60 anos de idade. Nesse sentido, essa população será estimulada a fazer doses de reforço da vacina antitetânica a cada dez anos, tendo em vista a sua comprovada efetividade, a qual alcança quase os 100%.

As pneumonias, em especial a de origem pneumocócica, estão entre as patologias infecciosas que mais trazem riscos à saúde dos idosos, com altas taxas de internação, além de alta letalidade nessa faixa etária. São apontadas como fatores de descompensação funcional de piora dos quadros de insuficiência cardíaca, desencadeadoras de edema agudo de pulmão e fonte de deterioração nos quadros de doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Levando em conta as recomendações técnicas atuais, a vacina antipneumocócica deverá ser administrada em dose única nos indivíduos idosos.

Embora vista como enfermidade trivial, a influenza – ou gripe –, no grupo dos idosos, pode trazer consequências graves, levando a processos pneumônicos ou, ainda, à quebra do equilíbrio, já instável, destes indivíduos, portadores de patologias crônicas não transmissíveis. A vacina antigripal deverá ser

aplicada em todos os idosos, pelo menos duas semanas antes do início do inverno ou do período das chuvas nas regiões mais tropicais.

No segundo nível da manutenção da capacidade funcional, além do reforço das ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades não transmissíveis – como a hipertensão arterial, a diabetes *melittus* e a osteoporose –, deverão ser introduzidas as novas medidas, de que são exemplos aquelas dirigidas ao hipotireoidismo subclínico – ainda pouco usuais e carentes de sistematização –, mediante o desenvolvimento de atividades específicas, entre as quais destacam-se:

- antecipação de danos sensoriais, com o rastreio precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos;
- utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como riscos de queda, alterações do humor e perdas cognitivas;
- prevenção de perdas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal;
- prevenção de deficiências nutricionais;
- avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com vistas à prevenção de perda de independência e autonomia;
- prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados, etc.

A operacionalização da maioria dessas medidas dar-se-á nas próprias unidades de saúde, com suas equipes mínimas tradicionais, às quais deverão ser incorporados os agentes de saúde ou visitantes, além do estabelecimento de parcerias nas ações integrantes da estratégia de saúde da família e outras congêneres. Além disso, na implementação dessa diretriz, buscar-se-á o engajamento efetivo dos grupos de convivência, com possibilidades tanto terapêuticas e preventivas, quanto de lazer.

3.3. Assistência às necessidades de saúde do idoso

A prestação dessa assistência basear-se-á nas orientações abaixo descritas, as quais compreendem os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência. Para tal, deverá ser estabelecido um modelo específico, de modo a alcançar-se um impacto expressivo na assistência, em particular na redução das taxas de internação hospitalar e em clínicas de repouso – e mesmo asilos –, bem como a diminuição da demanda aos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidades.

A consulta geriátrica deverá ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir da caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o correto encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Considerando que a qualidade da coleta de dados apresenta dificuldades peculiares a esse grupo etário, em decorrência de elevado índice de morbidade, apresentações atípicas de doenças e pela chance aumentada de iatrogenia, o modelo de consulta a ser estabelecido pautar-se-á pela abrangência, sensibilidade diagnóstica e orientação terapêutica, nesta incluídas ações não-farmacológicas.

A abrangência do modelo de consulta geriátrica compreenderá a incorporação de informações que permitam a identificação de problemas não apenas relacionados aos sistemas cardiorrespiratório, digestivo, hematológico e endócrino-metabólico, como, também, aos transtornos neuropsiquiátricos, nos aparelhos locomotor e geniturinário. Essa forma de consulta deverá possibilitar a sensibilização do profissional para questões sociais eventualmente envolvidas no bem-estar do paciente.

Por sua vez, a sensibilidade diagnóstica deverá implicar a capacidade de motivar a equipe para a busca de problemas de elevada prevalência, que não são comumente diagnosticados, como, por exemplo, doenças tireoideanas, doença de Parkinson, hipotensão ortostática, incontinência urinária, demências e depressões. É importante que informações relacionadas a glaucoma, catarata e hipoacusia sejam coletadas. A possibilidade de iatrogenia sempre deverá ser considerada.

Finalmente, a orientação terapêutica, incluindo mudanças de estilo de vida, deverá possibilitar que a consulta geriátrica enfrente os problemas identificados, levando a alguma forma de alívio e atenuação do impacto funcional. Ao mesmo tempo, o médico deverá evitar excessos na prescrição e uso de fármacos com elevado potencial iatrogênico.

A orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessário, informações aos pacientes e seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação, precoce ou preventiva, e corretiva, levando em conta, da melhor maneira possível, o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

Já no âmbito hospitalar, a assistência a esse grupo populacional deverá considerar que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do idoso enfermo hospitalizado. Nesse sentido, o estado funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento.

Assim, os pacientes classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo mais sujeito a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico e que, por isso, se enquadram no conceito de vulnerabilidade. Os serviços de saúde deverão estar preparados para identificar esses pacientes, provendo-lhes uma assistência diferenciada.

Essa assistência será pautada na participação de outros profissionais, além de médicos e enfermeiros, tais como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas. Dessa forma, a disponibilidade de equipe mínima, que deve incluir obrigatoriamente um médico com formação em geriatria, de equipamentos e de serviços adequados, será pré-requisito para as instituições públicas estatais ou privadas – conveniadas ou contratadas pelo SUS –, que prestarem assistência a idosos dependentes internados.

Idosos com graves problemas de saúde, sem possibilidade de recuperação ou de recuperação prolongada, poderão demandar internação hospitalar de longa permanência; forma esta definida na Portaria n.º 2.413, editada em 23 de março de 1998. No entanto, esses pacientes deverão ser submetidos a tentativa de reabilitação antes e durante a hospitalização, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento do próprio idoso, bem como o aumento dos custos dos serviços de saúde.

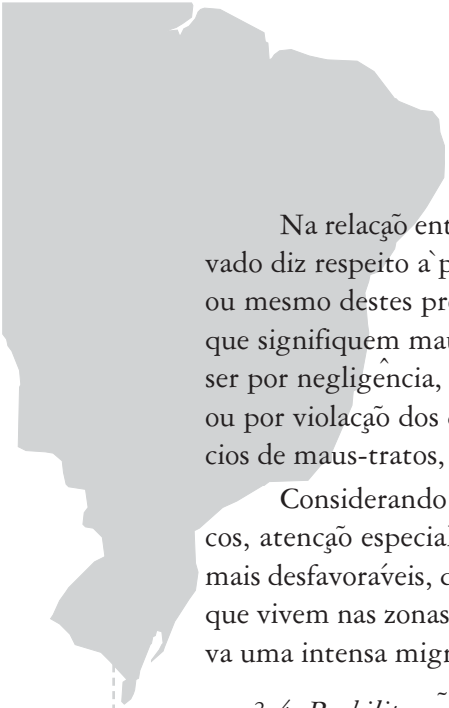
Entre os serviços alternativos à internação prolongada, deverá estar incluída, obrigatoriamente, a assistência domiciliar. A adoção de tal medida constituirá estratégia importante para diminuir o custo da internação, uma vez que assistência domiciliar é menos onerosa do que a internação hospitalar. O atendimento ao idoso enfermo – residente em instituições como, por exemplo, asilos – terá as mesmas características da assistência domiciliar.

Deverá ser estimulada, por outro lado, a implantação do hospital-dia geriátrico, uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar. Esse serviço terá como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica – hidratação, uso de medicação endovenosa, quimioterapia e reabilitação – e de orientação para cuidadores não justificarem a permanência em hospital.

A internação de idosos em UTI, em especial daqueles com idade igual ou superior a 75 anos, deverá obedecer rigorosamente aos critérios adotados em todas as faixas etárias, de potencial de reversibilidade do estado clínico e não a sua gravidade, quando reconhecidamente irrecuperável.

A implantação de forma diferenciada de assistência ao idoso dependente será gradual, priorizando-se hospitais universitários e públicos estatais.

Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde (ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros), em conformidade ao que estabelece a Lei n.º 8.842/94, em seu art. 4.º, inciso VIII, e o art. 17, do Decreto n.º 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados, conveniados ou contratados, pelo SUS.



Na relação entre o idoso e os profissionais de Saúde, um dos aspectos que deverá sempre ser observado diz respeito à possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que signifiquem maus-tratos, bem como os fatores de risco neles envolvidos. Esses maus-tratos podem ser por negligência, – física, psicológica ou financeira –, por abuso – físico, psicológico ou financeiro – ou por violação dos direitos pessoais. O profissional de Saúde, o idoso e a família, quando houver indícios de maus-tratos, deverá denunciar sua suspeita às autoridades competentes.

Considerando que a vulnerabilidade à perda de capacidade está ligada a aspectos socioeconômicos, atenção especial deverá ser concedida aos grupos de idosos que estão envelhecendo em condições mais desfavoráveis, de que são exemplos aqueles residentes na periferia dos grandes centros urbanos e os que vivem nas zonas rurais desprovidas de recursos de saúde e assistência social, onde também se observa uma intensa migração da população jovem.

3.4. Reabilitação da capacidade funcional comprometida

As ações nesse contexto terão como foco especial a reabilitação precoce, mediante a qual buscar-se-á prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de modo a evitar-se que as limitações da capacidade funcional possam avançar e que aquelas limitações já avançadas possam ser amenizadas. Esse trabalho envolverá as práticas de um trabalho multiprofissional de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

Na definição e na implementação das ações, será levado em conta que, na realidade, as causas de dependência são, em sua maioria, evitáveis e, em muitos casos, reversíveis por intermédio de técnicas de reabilitação física e mental, tão mais efetivas quanto mais precocemente forem instituídas.

Além da necessidade de prevenir as doenças crônicas que acometem aos que envelhecem, procurar-se-á, acima de tudo, evitar que estas enfermidades alijem o idoso do convívio social, comprometendo sua autonomia.

No conjunto de ações que devem ser implementadas nesse âmbito, estão aquelas relacionadas à reabilitação mediante a prescrição adequada e o uso de órteses e próteses como, por exemplo, óculos, aparelhos auditivos, próteses dentárias e tecnologias assistivas (como andador, bengala etc.).

Essas e as outras ações que vierem a ser definidas deverão estar disponíveis em todos os níveis de atenção ao idoso, principalmente nos postos e centros de saúde, com vistas à detecção precoce e ao tratamento de pequenas limitações funcionais capazes de levar a uma grave dependência.

A detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais, potenciais causas de formas graves de dependência, integrarão as atribuições dos profissionais e técnicos que atuam nesses níveis de atenção, e deverão ser alvo de orientação aos cuidadores dos idosos para que possam colaborar com os profissionais de Saúde, sobretudo na condição de agentes facilitadores, tanto na observação de novas limitações, quanto no auxílio ao tratamento prescrito.

3.5. Capacitação de recursos humanos especializados

O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretriz que perpassará todas as demais definidas nesta Política, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial, de forma que o setor Saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo.

Esse componente deverá merecer atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei n.º 8.080/90, em seu Art. 14 e parágrafo único, nos quais está estabelecido que a formação e a educação continuada contemplarão ação intersetorial articulada. A lei estabelece, como mecanismo fundamental, a criação de comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias”.

O trabalho articulado com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior deverá ser viabilizado por intermédio dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, tendo em vista a capacitação de recursos humanos em saúde de acordo com as diretrizes aqui fixadas.

Os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia serão, preferencialmente, localizados em instituições de ensino superior e terão atribuições específicas, conforme as características de cada instituição. A indicação desses Centros deverá ser estabelecida pelo Ministério da Saúde, de acordo com as necessidades identificadas no processo de implantação desta Política Nacional.

No âmbito da execução de ações, de forma mais específica, a capacitação buscará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, que incluirá, entre outras, a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população.

A capacitação de pessoal para o planejamento, coordenação e avaliação de ações deverá constituir as bases para o desenvolvimento do processo contínuo de articulação com os demais setores, cujas ações estão diretamente relacionadas com o idoso no âmbito do setor Saúde.

Essa capacitação será promovida pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, os quais terão a função específica de capacitar os profissionais para prestar a devida cooperação técnica demandada pelas demais esferas de gestão, no sentido de uniformizar conceitos e procedimentos que se tornarão indispensáveis para a efetivação desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como para o seu processo contínuo de avaliação e acompanhamento.

3.6. Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais

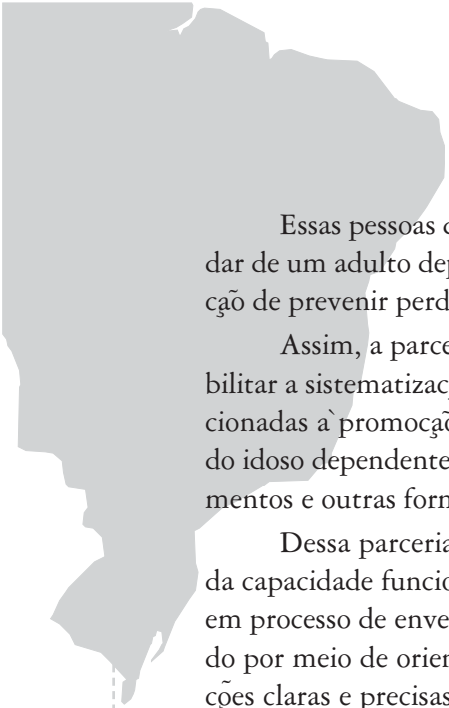
Nesse âmbito, buscar-se-á desenvolver uma parceria entre os profissionais de Saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pelo seguimento das orientações emitidas pelos profissionais. Tal parceria, como mostram estudos e pesquisas sobre o envelhecimento em dependência, configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo.

Nos países onde o envelhecimento da população vem ocorrendo há mais tempo, convencionou-se que há cuidados formais e informais na atenção às pessoas que envelheceram e que, de alguma forma, perderam a sua capacidade funcional. Os sistemas formais de cuidados são integrados por profissionais e instituições, que realizam este atendimento sob a forma de prestação de serviço. Dessa forma, os cuidados são prestados por pessoa ou agências comunitárias contratadas para tal. Já os sistemas informais são constituídos por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos, frequentemente mulheres, que exercem tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do seu idoso.

Na cultura brasileira, são essas pessoas que assumem para si as funções de provedoras de cuidados diretos e pessoais. O papel de mulher cuidadora na família é normativo, sendo quase sempre esperado que ela assuma tal papel. Os responsáveis pelos cuidados diretos aos seus idosos doentes ou dependentes geralmente residem na mesma casa e se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias destes idosos, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, por exemplo, ir a bancos ou farmácias.

O modelo de cuidados domiciliares, antes restrito à esfera privada e à intimidade das famílias, não poderá ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos cuja capacidade funcional está comprometida demanda orientação, informação e assessoria de especialistas.

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de Saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito.



Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador.

Assim, a parceria entre os profissionais de Saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asila-mentos e outras formas de segregação e isolamento.

Dessa parceria, deverão resultar formas mais efetivas e eficazes de manutenção e de recuperação da capacidade funcional, assim como a participação mais adequada das pessoas envolvidas com alguém em processo de envelhecimento com dependência. O estabelecimento dessa ação integrada será realizado por meio de orientações a serem prestadas pelos profissionais de Saúde, do intercâmbio de informações claras e precisas sobre diagnósticos e tratamentos, bem como relatos de experiências entre pessoas que estão exercitando o papel de cuidar de idoso dependente.

3.7. Apoio a estudos e pesquisas

Esse apoio deverá ser levado a efeito pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, resguardadas, nas áreas de conhecimento de suas especialidades, as particularidades de cada um.

Esses Centros deverão se equipar, com o apoio financeiro das agências de ciência e tecnologia regionais e ou federais, para organizar o seu corpo de pesquisadores e atuar em uma ou mais de uma linha de pesquisa. Tais grupos incumbir-se-ão de gerar informações com o intuito de subsidiar as ações de saúde dirigidas à população de mais de 60 anos de idade, em conformidade com esta Política. Caberá ao Ministério da Saúde e ao Ministério Ciência Tecnologia, em especial, o papel de articuladores, com vistas a garantir a efetividade de ações programadas de estudos e pesquisas desta Política Nacional de Saúde do Idoso.

As linhas de pesquisa deverão concentrar-se em quatro grandes tópicos de produção de conhecimentos sobre o envelhecimento no Brasil, contemplando as particularidades de gênero e extratos sociais nas zonas urbanas e rurais.

O primeiro tópico refere-se a estudos de perfil do idoso, nas diferentes regiões do País, e prevalência de problemas de saúde, incluindo dados sociais, nas formas de assistência e seguridade, situação financeira e apoios formais e informais. Nesse contexto, será estimulada a sistematização das informações produzidas pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, em articulação com os dados das agências governamentais, particularmente aquelas que lidam com estudos demográficos e populacionais.

No segundo tópico, deverão estar concentrados estudos visando à avaliação da capacidade funcional, prevenção de doenças, vacinações, estudos de seguimento e desenvolvimento de instrumentos de rastreamento.

O terceiro tópico diz respeito aos estudos de modelos de cuidado, na assessoria para a implementação, no acompanhamento e na avaliação das intervenções.

O quarto tópico concentrar-se-á em estudos sobre a hospitalização e alternativas de assistência hospitalar, com vistas à maior eficiência e à redução dos custos no ambiente hospitalar. Para tal, a padronização de protocolos para procedimentos clínicos, exames complementares mais sofisticados e medicamentos deverão constituir pontos prioritários.

Compôr-se-ão, ainda, esse último tópico, estudos sobre orientação e cuidados aos idosos, alta hospitalar e diferentes alternativas de assistência – como assistência domiciliar, centro-dia, já utilizados em outros países –, bem como investigações acerca de formas de articulação de informações básicas em geriatria e gerontologia para os profissionais de todas as especialidades.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Cabera' aos gestores do SUS, de forma articulada e em conformidade às suas atribuições comuns e específicas, prover os meios e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, que é a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.

Considerando, por outro lado, as diretrizes aqui definidas para a consecução do propósito fixado, cuja observância implica o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, entre as quais figurarão aquelas compreendidas no processo de promoção da saúde e que, por isso mesmo, irão requerer o compartilhamento de responsabilidades específicas tanto no âmbito interno do setor Saúde, quanto no contexto de outros setores.

Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscado, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política.

4.1 *Articulação intersetorial*

Em âmbito federal, o Ministério da Saúde buscará estabelecer, em especial, articulação com as instâncias a seguir apresentadas, para as quais estão identificadas as medidas essenciais, segundo as suas respectivas competências.

A. Ministério da Educação

A parceria com esse Ministério buscará sobretudo:

- a difusão, junto às instituições de ensino e seus alunos, de informações relacionadas à promoção da saúde dos idosos e à prevenção ou recuperação de suas incapacidades;
- a adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;
- o incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que deverão atuar de forma integrada com o SUS e os órgãos estaduais e municipais de assistência social, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência ao idoso;
- o estímulo e apoio à realização de estudos que contemplem as quatro linhas de pesquisa definidas como prioritárias por esta Política, visando ao desenvolvimento de um sistema de informação sobre esta população, que subsidie o planejamento, execução e avaliação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação;
- a discussão e a readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoantes às diretrizes fixadas nesta Política.



B. Ministério da Previdência e Assistência Social

A parceria buscará principalmente:

- a realização de estudos e pesquisas epidemiológicas, junto aos seus segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor Saúde;
- a elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política;
- Secretaria de Estado da Assistência Social.

A parceria com essa Secretaria terá por finalidade principalmente:

- a difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob a sua supervisão, de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;
- a adequação, na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas, de seus cursos de treinamento ou capacitação de profissionais que atuam nas unidades próprias, conveniadas ou sob a sua supervisão;
- a promoção da formação e o acompanhamento de grupos de auto-ajuda aos idosos, referentes às doenças e agravos mais comuns nesta faixa etária;
- o apoio à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que devem atuar de forma integrada com o SUS e os órgãos estaduais e municipais de assistência social, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral de idosos e o treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à capacitação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência ao idoso;
- o apoio à realização de estudos epidemiológicos para detecção dos agravos à saúde da população idosa, visando ao desenvolvimento de sistema de informação sobre esta população, destinado a subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação;
- a promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições gerontológicas e similares, nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão.

C. Ministério do Trabalho e Emprego

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, em especial:

- à elaboração e à implementação de programas de preparo para futuros aposentados nos setores públicos e privados;
- à melhoria das condições de emprego do idoso, compreendendo a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção do idoso na vida socioeconômica das comunidades.

D. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Será estabelecida a parceria com essa Secretaria visando, entre outras:

- à melhoria de condições de habitação e moradia, além da diminuição das barreiras arquitetônicas e urbanas que dificultam ou impedem a manutenção e apoio à independência funcional do idoso;
- à promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos idosos;

- ao estabelecimento de previsaõ e a instalaçã de equipamentos comunitários pùblicos, voltados ao atendimento da populaçã idosa previamente identificada, residentes na área de abrangência dos empreendimentos habitacionais respectivos;
- à promoçã de ações na área de transportes urbanos que permitam e ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoçã, tais como elevatórias para acesso aos ô nibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ô nibus.

E. Ministério da Justiça

Com esse Ministério, a parceria terá por finalidade a promoçã e a defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicaçã das disposições contidas na Lei n.º 8.842/94 e seu regulamento (Decreto n.º 1.948/96).

F. Ministério do Esporte e Turismo

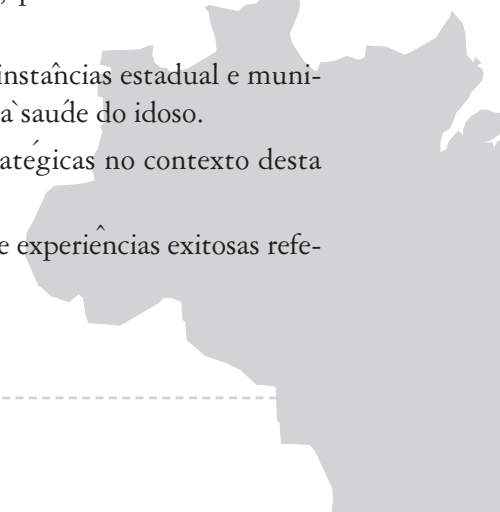
Essa parceria buscará, em especial, a elaboraçã, a implementaçã e o acompanhamento de programas esportivos e de exercícius físicos destinados às pessoas idosas, bem como de turismo que propiciem a saúde física e mental deste grupo populacional.


G. Ministério da Ciência e Tecnologia

Buscar-se-á, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o fomento à pesquisa na área de geriatria e gerontologia contemplando, preferencialmente, as linhas de estudo definidas nesta Política.

4.2 Responsabilidades do Gestor Federal – Ministério da Saúde

- Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalizaçã desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.
- Promover a revisã e o aprimoramento das normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares (Portaria n.º 810/89).
- Elaborar e acompanhar o cumprimento de normas relativas aos serviçõs geriátricos hospitalares.
- Designar e apoiar os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior envolvidos na capacitaçã de recursos humanos em saúde do idoso e ou na produçã de material científico, bem como em pesquisa nas áreas prioritárias do envelhecimento e da atençã a este grupo populacional.
- Apoiar estudos e pesquisas definidos como prioritários nesta Política visando a ampliar o conhecimento sobre o idoso e a subsidiar o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política.
- Promover a cooperaçã das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas à capacitaçã de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.
- Promover a inclusã da geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos pùblicos.
- Criar mecanismos que vinculem a transferêcia de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo adequado de atençã à saúde do idoso.
- Estimular e apoiar a realizaçã de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política.
- Promover a disseminaçã de informações técnico-científicas e de experiêcias exitosas referentes à saúde do idoso.



- 
- Promover a capacitação de recursos humanos para a implementação desta Política.
 - Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.
 - Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando à eliminação ou ao controle de fatores de risco detectados.
 - Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso.
 - Estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS.
 - Estimular a formação de grupos de auto-ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.
 - Estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual – Secretaria Estadual de Saúde

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual de saúde do idoso, consoante a esta Política Nacional.
- Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política.
- Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando à implementação da respectiva política de saúde do idoso.
- Acompanhar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços hospitalares geriátricos.
- Estabelecer cooperação com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas ao treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e promover esta cooperação com as Secretarias Municipais de Saúde, de modo a capacitar recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso.
- Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso.
- Adequar os serviços de saúde com a finalidade do atendimento às necessidades específicas da população idosa.
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes.
- Apoiar propostas de estudos e pesquisas estrategicamente importantes para a implementação, avaliação ou reorientação das questões relativas à saúde do idoso.
- Promover a adoção de práticas e hábitos saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação.
- Promover o fornecimento de medicamentos, próteses e órteses necessários à recuperação e à reabilitação de idosos.
- Estimular e viabilizar a participação de idosos nas instâncias de participação social.
- Estimular a formação de grupos de auto-ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.
- Criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.

- Prover o Sistema Nacional de Informação em Saúde, com dados respectivos e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos.

4.4 Responsabilidades do Gestor Municipal – Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes

- Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.
- Promover as medidas necessárias para integrar a programação municipal à adotada pelo Estado, submetendo-as à Comissão Intergestores Bipartite.
- Promover articulação necessária com as demais instâncias do SUS visando ao treinamento e à capacitação de recursos humanos para operacionalizar, de forma produtiva e eficaz, o elenco de atividades específicas na área de saúde do idoso.
- Manter o provimento do Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos.
- Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos de vida saudáveis, junto à população de idosos, valendo-se, inclusive, da mobilização da comunidade.
- Criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar.
- Estimular e apoiar a formação de grupos de auto-ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.
- Realizar articulação com outros setores visando à promoção e a qualidade de vida dos idosos.
- Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso.
- Aplicar, acompanhar e avaliar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços geriátricos da rede local.
- Estimular e viabilizar a participação social de idosos nas diversas instâncias.

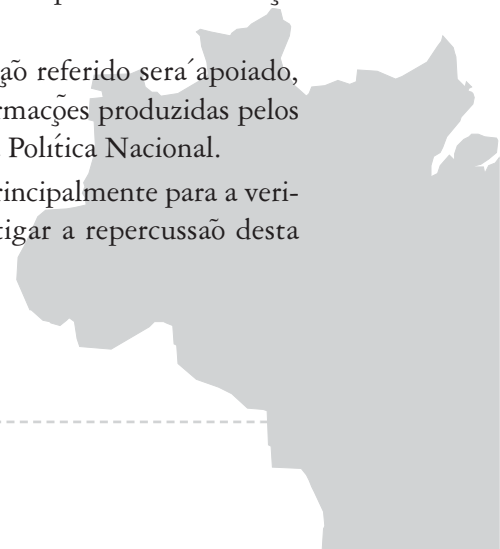
5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

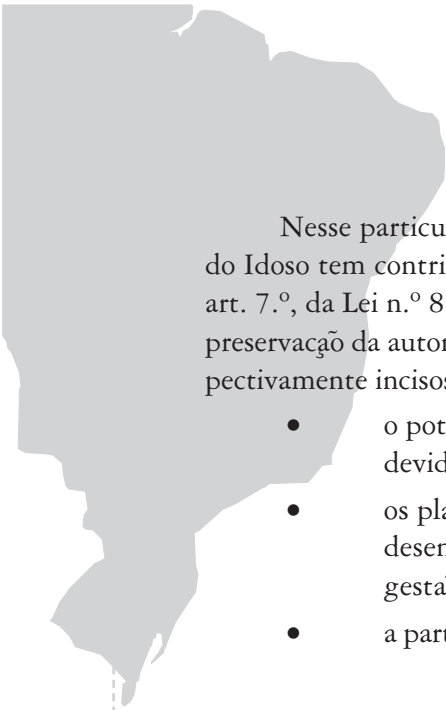
A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos idosos –, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política e que estão explicitadas no capítulo anterior deste documento, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção aos idosos.

É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.





Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde do Idoso tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do art. 7.º, da Lei n.º 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

- o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados junto à população de idosos;
- os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e
- a participação dos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

6. TERMINOLOGIA

Ação terapêutica: processo de tratamento de um agravo à saúde por intermédio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como mudanças no estilo de vida, abandono de hábitos nocivos, psicoterapia, entre outros.

Autorização de Internação Hospitalar (AIH): documento de autorização e fatura de serviços hospitalares do SUS, que engloba o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação.

Assistência domiciliar: essa assistência engloba a visitação domiciliar e cuidados domiciliares que vão desde o fornecimento de equipamentos, até ações terapêuticas mais complexas.

Atividades de vida diária (AVDs): termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, que compreende aspectos pessoais como: banho, vestimenta, higiene e alimentação; e aspectos instrumentais como realização de compras e cuidados com finanças.

Autodeterminação: capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia.

Autonomia: é o exercício da autodeterminação; indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida.

Capacidade funcional: capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; a avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia: centros localizados de preferência em instituições de ensino superior, que colaboram com o setor Saúde, fundamentalmente na capacitação de recursos humanos em saúde do idoso e ou na produção de material científico para tal finalidade, bem como em pesquisas nas áreas prioritárias do envelhecimento e da atenção a este grupo populacional.

Centro-dia: ambiente destinado ao idoso, que tem como característica básica o incentivo à socialização e o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde.

Cuidador: é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano – por exemplo, ir a bancos ou farmácias –, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem.

Deficiência: expressão de um processo patológico, na forma de uma alteração de função de sistemas, órgãos e membros do corpo, que podem ou não gerar uma incapacidade.

Demência: conceitua-se demência como uma síndrome progressiva e irreversível, composta de múltiplas perdas cognitivas adquiridas, que ocorrem na ausência de um estado de confusão mental

aguda (ou seja, de uma desorganização súbita do pensamento). As funções cognitivas que podem ser afetadas pela demência incluem a memória, a orientação, a linguagem, a práxis, a agnosia, as construções, a prosódia e o controle executivo.

Envelhecimento: a maioria dos autores o conceituam como “uma etapa da vida em que há um comprometimento da homeostase, isto é, o equilíbrio do meio interno, o que fragilizaria o indivíduo, causando uma progressiva vulnerabilidade do indivíduo perante a uma sobrecarga fisiológica”.

Envelhecimento saudável: é o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida.

Geriatria: é o ramo da ciência médica voltado à promoção da saúde e o tratamento de doenças e incapacidades na velhice.

Gerontologia: área do conhecimento científico voltado para o estudo do envelhecimento em sua perspectiva mais ampla, em que são levados em conta não somente os aspectos clínicos e biológicos, mas também as condições psicológicas, sociais, econômicas e históricas.

Dependência: é a condição que requer o auxílio de pessoas para a realização de atividades do dia-a-dia

Centros de convivência: locais destinados à permanência do idoso, em um ou dois turnos, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.

Habilidade física: refere-se à aptidão ou capacidade para realizar algo que exija uma resposta motora, tal como caminhar, fazer um trabalho manual, entre outros.

Hospital-Dia Geriátrico: refere-se ao ambiente hospitalar, no qual atua equipe multiprofissional e interdisciplinar, destinado a pacientes que dele necessitam em regime de um ou dois turnos, para complementar tratamentos e promover reabilitação.

Idoso: a Organização das Nações Unidas, desde 1982 considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos; o Brasil, na Lei n.º 8.842/94, adota essa mesma faixa etária (art. 2.º do capítulo I).

Incapacidade: quantificação da deficiência; refere-se à falta de capacidade para realizar determinada função na extensão, amplitude e intensidade consideradas normais; em gerontologia, diz respeito à incapacidade funcional, isto é, à perda da capacidade de realizar pelo menos um ou mais de um ato de vida diária.

Incontinência urinária: refere-se à perda involuntária de urina.

Iatrogenia: qualquer agravo à saúde, causado por uma intervenção médica.

Psicoterapia: terapêutica que, por métodos psicológicos, busca a restauração do equilíbrio emocional do indivíduo.

Reabilitação física: conjunto de procedimentos terapêuticos físicos que visam a adaptar ou compensar deficiências motoras (quando aplicadas a limitações insipientes pode ser considerada reabilitação precoce ou “preventiva”).

Rastreamento: um protocolo de aplicação rápida e sistemática para detecção de problemas de saúde em uma determinada população.

Síndrome: conjunto de sinais e sintomas comuns a diversas enfermidades.




7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

01. BARROS, M. B. A. Considerações sobre a Mortalidade no Brasil em 1980. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 18, p. 122-37, 1984.
02. BLAY, S.; RAMOS, L. R.; MARI, J. J. Validity of a Brazilian Version of the Older American Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 36, p. 687-692, 1988.
03. BOURLIÈRE F, Vallery-Masson J. Epidemiology and Ecology of Aging, in Brocklehurst JC(ed.), *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 3rd ed. Churchill Livingstone, Edinburgh, n. 1, p. 3-8, 1985.
04. BRASIL. DECRETO n.º 1.948, editado em 3 de julho de 1996. *Que regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.*
05. BRASIL. *Portaria MS n.º 2.413/98*. Internação domiciliar a pacientes crônicos.
06. BRASIL. *Portaria MS n.º 2.414/98*. Credenciamento e critérios para realização de internação em hospital-dia geriátrico.
07. BRASIL. *Portaria MS n.º 2416/98*. Hospitalizações de longa permanência.
08. CALDAS, C. P. (Org.). *A Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Ed. da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; UnATI, 1998.
09. CAMPBELL, L. J.; COLE, K. D. Geriatric Assessment Teams. *Clin Geriatr Med*, v. 4, n. 1, p. 99-100, 1987.
10. CENEPI; DATASUS. Movimento de Autorização de Internação Hospitalar - Arquivos Reduzidos - 1997. CENEPI/DATASUS; Fundação Nacional da Saúde; Ministério da Saúde. Brasília, 1998. (CD-ROM).
11. COMFORT, A. Theories of Ageing. In: BROCKLEHURST, J. C. (Ed.). *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, London, Churchill Livingstone, n. 3, p. 56-68, 1975.
12. CUNHA, U. G. V.; COSTA, I. L. Depressão maior em idosos hospitalizados em enfermarias gerais. *Bol CBPTD, Supl Arq Bras Med*, v. 64, n. 4, p. 239-42, 1990.
13. CUNHA, U. G. V.; LEDUC, M. M. S.; LANNA, C. C. D. Incontinência Urinária no Idoso Hospitalizado: um problema médico esquecido. *Geriatrics em Síntese*, v. 1, p. 7-9, 1988.
14. DOTY, P.; LIU, K.; WIENER, J. An overview of long-term care. *Health Care Finan Ver*, v. 6, n. 3, p. 69, 1985.
15. DUKE UNIVERSITY CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT. *Multidimensional Functional Assessment: the OARS Methodology*. Durhan, N.C.: Duke University, 1978.

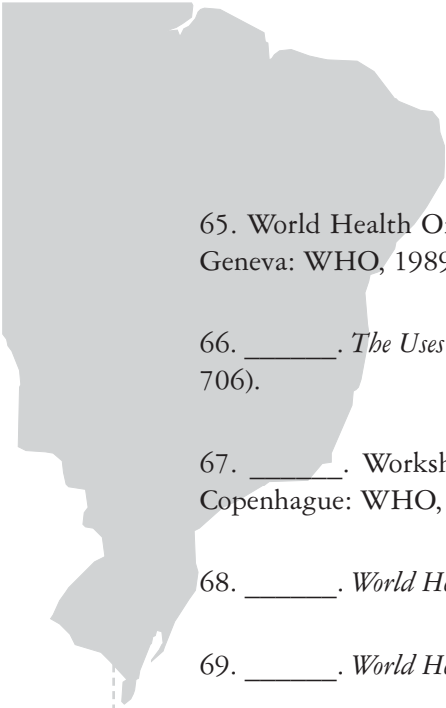
16. FILLENBAUN, G. G. Screening the Elderly: A Brief Instrumental ADL Measure. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 33, p. 698-706, 1985.
17. FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E. Neuropsychiatric Assessment of Syndromes of Altered Mental Status. In: HAZZARD, W. R.; BIERMAN, E. L.; BLASS, J. P.; ETTINGER, W. H.; HALTER, J. B. (Eds.). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, McGraw-Hill, v. 19, p. 221-28, 1994.
18. FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuário Estatístico do Brasil 1981*. Rio de Janeiro, 1981.
19. _____. *Anuário Estatístico do Brasil 1986*. Rio de Janeiro, 1986.
20. _____. *Anuário Estatístico do Brasil 1991*. Rio de Janeiro, 1991.
21. _____. *Anuário Estatístico do Brasil 1997*. Rio de Janeiro, 1997.
22. GUIMARÃES, R. M. et al. Depressão e Morbidade Oculta em Pacientes Idosos Cirúrgicos. *Brasília, Médica*, v. 34, n. 1/2, p. 5-14, 1997.
23. GUIMARÃES, R. M. O Que é Geriatria. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. (Eds.). *Sinais e Sintomas em Geriatria. Revinter*, Rio de Janeiro, v. 1-5, 1989.
24. GUIMARÃES, R. M. *Programa de Saúde do Idoso: Planejamento 88/92*. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.
25. IMHOF, A. E. Mortality Problems in Brazil and in Germany: Past-Present-Future. Learning from each other. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 19, p. 233-50, 1985.
26. JACOB, F. W. (Ed.). *Relatório da Prática em Evolução do Grupo de Assistência ao Idoso Ambulatorial*. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1991.
27. JACOB, F. W. et al. Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Internado e Ambulatorial do Serviço de Geriatria do Hospital de Clínicas da FMUSP. *Geriatria em Síntese*, v. 2, p. 15-23, 1985.
28. KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. Envelhecimento da População Mundial: um Desafio Novo. *Rev. Saúde Publ.*, São Paulo, 1987; v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.
29. KANE, R. A. Assessing Social Function in the Elderly. *Clin. Geriatric Med.*, v. 3, n. 1, p. 87-98, 1987.
30. KARSCH, U. M. (Ed.). *Envelhecimento com Dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 1998.
31. KATZ, S. FORD, A.; MOSKOWITZ, R. et al. The index of ADL: A Standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, v. 185, p. 914-919, 1963.
32. LEME, L. E. G. (Ed.). *Treinamento de Cuidadores Informais de Idosos*. Programa de Atenção à Saúde do Idoso, SMS/COAS, Prefeitura Municipal de São Paulo. São Paulo, 1994.



- 
33. LIU, K.; MANTON, K.; LIU, B. Home care expenses for disabled elderly. *Health Care Finan. Rev.*, v. 7, n. 2, p. 51, 1985.
34. MILLER, R. A. The Biology of Aging and Longevity. In: HAZZARD, W. B. et al. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, New York, McGraw-Hill, v. 1, p. 3-18, 1994.
35. MITCHEL, J.; KAFETZ, K.; ROSSITER, B. Benefits of effective hospital services for elderly people. *British Medical Journal*, v. 295, p. 980-983, 1987.
36. MITTELMARK, M. B. The Epidemiology of Aging In: HAZZARD, W. R. et al. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, McGraw-Hill, v. 11, p. 135-51, 1994.
37. MUSSE, S. N. Tratamento Intensivo Gerontológico. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 1997.
38. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. National Hospital Discharges Survey: Annual Summary, 1987. *Vital Health Statistics*, USA, n. 99, 1989. (Series 13).
39. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; Organização Pan-Americana da Saúde. *Resolução CE122.R9. Saúde das pessoas idosas*, 1998.
40. RADIS. Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980. *Dados*, v. 7, p. 1-8, 1984.
41. RAMOS, L. R. A Explosão Demográfica da Terceira Idade no Brasil: uma Questão de Saúde Pública. *Gerontologia*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.
42. RAMOS, L. R. Growing Old. In: *São Paulo Thesis submitted for the Degree of Doctor of Philosophy at the London School of Hygiene and Tropical Medicine*. London: University of London, 1987.
43. RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E.; KALACHE, A. Significance and Management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v. 8, p. 313-323, 1993.
44. RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento Populacional: uma Realidade Brasileira. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 221-24, 1987.
45. RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. (Eds.). *Como Cuidar dos Idosos*. Campinas, SP: Papyrus, 1996.
46. RUBENSTEIN, L. Z. et al. Comprehensive Geriatric Assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, v. 342, p. 1032-6, 1993.
47. RUBENSTEIN, L. Z. Geriatric Assessment: an Overview of its Impacts. *Clin Geriatric Med*, v. 3, n. 1, p. 1-15, 1987.
48. SCHWARTZ, W. B. The Regulatory Strategy for Controlling Hospital Costs. *N Engl J Med*, v. 305, p. 21, 1981.

49. SENATE SPECIAL COMMITTEE ON AGING (1985). *America in Transition: an Aging Society*. 1984-85 edition 76-80. Washington, DC: Government Printing Office, 1985.
50. SHORT, P.; LEON, J. Use of home and community services by persons aged 65 and older with functional difficulties. National Medical Expenditure Survey Research Findings 5, Agency for Health Care Policy and Research. DHHS Publ No (PHS) 90-3466. Rockville, Public Health Service, 1990.
51. SILVESTRE, J. A. Como anda a saúde do idoso no Brasil?. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 137, p. 22-29, 1998.
52. SILVESTRE, J. A. et al. O Envelhecimento Populacional Brasileiro e o Setor Saúde. *Arq.geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, 1996; v. 0, n. 1, p. 81-89, 1996.
53. SILVESTRE, J. A. Relação Custo-Benefício da Assistência Médica ao Idoso: importância e Avaliação nos Anais do "Work-Shop" Desafios Atuais na Cardiologia Geriátrica, Ribeirão Preto-SP, 06/94, promovido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.
54. SILVESTRE, J. A.; RAMOS, L. R. *Dynamic Analysis of Health Services*. Anais do Congresso Mundial de Gerontologia, Budapeste, Hungria, 1993.
55. SILVESTRE, J. A.; RAMOS, L. R.; TORRES, R. *The Elderly at Hospital and the Brazilian Health System*. Anais do Congresso Mundial de Gerontologia, Budapeste, Hungria, 1993.
56. SOLDÓ, B. J. Supply of informal care services: variations and effects on service utilization patterns. In: SCANLON, W. (Ed.). *Project to Analyze Existing Long-Term Care Data*. v. 3. Washington: The Urban Institute, 1984. p 56.
57. STEWART, J. E. *Home Health Care*. St. Louis: CV Mosby, 1979. p. 4.
58. UNITED NATIONS. *Periodical on Aging* 84, United Nations, New York, v. 1, n. 1, 1985.
59. VERAS, R. P. (Org.). *Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UnATI, 1997.
60. _____. *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UnATI, 1995.
61. _____. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UERJ, 1994.
62. _____. *Relatório Final GT/Saúde do Idoso, I Congresso Rede IDA/Brasil*. Rio de Janeiro, 1989.
63. VERAS, R. P.; Ramos, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.
64. VIEIRA, E. B. *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.





65. World Health Organization. Growth of the Elderly Population of the World. In: *Health of the Elderly*. Geneva: WHO, 1989. p. 8-31. (Technical Report Series 779).

66. _____. *The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly*. Geneva: WHO, 1984. (Technical Report Series 706).

67. _____. Workshop-Munich (1980). *Guidelines for Health Care Practice in Relation to Cost-effectiveness*. Copenhagen: WHO, 1981.

68. _____. *World Health Statistics Annual 1979*. Geneva, 1979.

69. _____. *World Health Statistics Annual 1982*. Geneva: WHO, 1982.

70. _____. *World Health Statistics Annual 1987*. Geneva: WHO, 1987.

PARTE VII: PORTARIA GM/MS N.º 702/2002

REDES ESTADUAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Portaria GM n.º 702, de 12 de abril de 2002.

O ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na Política Nacional do Idoso;

considerando o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, de defesa de sua dignidade, seu bem-estar e direito à vida;

considerando o aumento da expectativa de vida que tem sido observado nos últimos anos e o declínio das taxas de fecundidade, o que tem levado a um crescente incremento proporcional da população de idosos em relação ao total da população brasileira;

considerando a necessidade de adotar medidas que fortaleçam o desenvolvimento de ações que visem ao incremento das Diretrizes Essenciais da Política Nacional do Idoso, como a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;

considerando a necessidade da redução do número de internações e do tempo de permanência hospitalar, uma vez que a hospitalização do idoso é um fator de deterioração de sua independência funcional e autonomia, além de sua exposição aos riscos inerentes ao ambiente hospitalar;

considerando a necessidade de estimular ações e iniciativas que visem à mudança do modelo assistencial à saúde do idoso, privilegiando a atenção integral ao idoso de forma mais humanizada, com ações de prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde, que exigem a participação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares;

considerando que a ampliação do número de leitos especializados e de modelos assistenciais extra-hospitalares na atenção à saúde do idoso constitui uma estratégia para a redução de hospitalizações de longa permanência;

Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência à saúde deste grupo populacional, resolve:

Art. 1.º - Criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.

Art. 2.º - Determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002), a adoção das providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas redes.

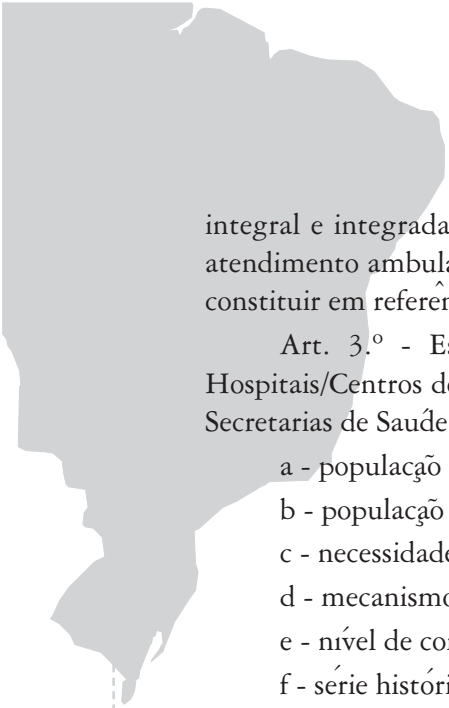
§ 1.º - As Redes de que trata o *caput* deste Artigo deverão ser integradas por:

I- Hospitais Gerais;

II- Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

§2.º - Entende-se por Hospital Geral aquele que, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, seja integrante do Sistema Único de Saúde e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar;

§3.º - Entende-se por Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso aquele hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma



integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos.

Art. 3.º - Estabelecer que, na definição dos quantitativos e distribuição geográfica dos Hospitais/Centros de Referência que integrarão as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal utilizem os seguintes critérios:

- a - população geral;
- b - população idosa;
- c - necessidades de cobertura assistencial;
- d - mecanismos de acesso e fluxos de referência e contra-referência;
- e - nível de complexidade dos serviços;
- f - série histórica de atendimentos realizados a idosos;
- g - distribuição geográfica dos serviços;
- h - integração com a rede de atenção básica e Programa Saúde da Família.

§1.º - Não há limitação quantitativa estabelecida para os hospitais gerais, sendo que poderão participar da Rede todos aqueles hospitais cadastrados pelo SUS que reúnam as condições necessárias para a assistência geral, hospitalar e ambulatorial, aos pacientes idosos e que sejam capazes, quando necessário, de garantir a referência dos pacientes a Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso;

§2.º - O quantitativo máximo de Centros de Referência em Assistência a Saúde do Idoso, por estado, encontra-se definido no Anexo desta Portaria.

Art. 4.º - Determinar que, uma vez definida a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretarias de Saúde estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes idosos e, ainda, adote as providências necessárias para que haja uma articulação assistencial entre a Rede constituída e a rede de atenção básica e o Programa Saúde da Família.

Art. 5.º - Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde defina as Normas de Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, as modalidades assistenciais a serem desenvolvidas, a operacionalização e o financiamento dos serviços, bem como adote as providências necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 6.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI

ANEXO

Quantitativo de Centros de Referência por Estado

Estado	Quantitativo de Centros
ACRE	1
ALAGOAS	1
AMAPÁ	1
AMAZONAS	1
BAHIA	5
CEARÁ	3
DISTRITO FEDERAL	1
ESPÍRITO SANTO	1
GOIÁS	2
MARANHÃO	2
MATO GROSSO	1
MATO GROSSO DO SUL	1
MINAS GERAIS	8
PARÁ	3
PARAÍBA	1
PARANÁ	4
PERNAMBUCO	3
PIAUI	1
RIO DE JANEIRO	7
RIO GRANDE DO NORTE	1
RIO GRANDE DO SUL	5
RONDÔNIA	1
RORAIMA	1
SANTA CATARINA	2
SÃO PAULO	15
SERGIPE	1
TOCANTINS	1
BRASIL	74



PARTE VIII: PORTARIA GM/MS N.º 738/2002

INCLUSÃO ASSIST. DOMICILIAR E HOSP.-DIA GERIÁTRICO NO FAEC

Portaria GM/MS nº 738, de 12 de abril de 2002

O ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a Portaria GM/MS n.º 702, de 12 de abril de 2002, que cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso;

considerando a Portaria SASMS n.º 249, de 12 de abril de 2002, que aprova as normas para o cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, e

considerando a necessidade de implantar o atendimento geriátrico em hospital-dia nos Centros de Referência em Assistência ao Idoso, resolve:

Art. 1.º - Incluir no Grupo 85.100.12-9 – Internação Domiciliar I, da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), os procedimentos abaixo descritos:

85.500.93-3 – assistência domiciliar geriátrica realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso – Curta Permanência

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
22,34	0,00	0,00	22,34	18	00	01

85.500.94-1 – assistência domiciliar geriátrica realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso – Média Permanência

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
19,00	0,00	0,00	19,00	18	00	01

85.500.95-0 – assistência domiciliar geriátrica realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso – Longa Permanência

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
16,75	0,00	0,00	16,75	18	00	01

§ 1.º - Conforme definido na Portaria GS/SAS n.º 249, de 12 de abril de 2002, o tempo estabelecido para o procedimento de curta permanência é de até 30 dias, o de média permanência de 31 a 60 dias e o de longa permanência quando o paciente estiver assistido por mais de 60 dias.

§ 2.º - A assistência domiciliar geriátrica realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deverá ser iniciada com o procedimento de código 85.500.93-3 (Curta Permanência).

§ 3.º - Caso seja necessária a continuidade do tratamento, deverá ser solicitada ao Gestor, mudança para o procedimento subsequente, de curta para média e de média para longa permanência.

Art. 2.º - Definir que será utilizada a sistemática de emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de identificação 5, para internação de média e longa permanência referente aos procedimentos de que trata o Artigo 1.º desta Portaria.

Art. 3.º - Estabelecer que, nas internações de média e longa permanência, serão emitidas AIH-7 (AIH inicial).

§ 1.º - Havendo necessidade de prorrogação da internação, a AIH-7 será encerrada com um dos motivos de cobrança constantes do SIH/SUS, cujo primeiro dígito seja 2 (permanência) e será solicitada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH-7, observando a mudança do procedimento.

§ 2.º - A autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo diretor clínico, mediante laudo médico a cada 30 (trinta) dias, a ser encaminhado ao Órgão Gestor do SUS para avaliação, a qual autorizará, ou não, a continuidade da internação.

§ 3.º - A data de início da internação constante da AIH-5 deverá ser a da AIH-7.

§ 4.º - A data de encerramento da AIH deverá ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência.

Art. 4.º - Alterar na forma abaixo definida, a redação dos procedimentos de código 91.500.20-6 e 91.500.21-4, constantes da Tabela do SIH/SUS:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
91.500.20-6	Atendimento geriátrico em hospital-dia nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (um turno)
91.500.21-4	atendimento geriátrico em hospital-dia nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (dois turnos)

§ 1.º - A AIH para atendimento em regime de hospital-dia nos Centros de Referência à Saúde do Idoso, terá a validade de até 30 dias.

§ 2.º - Caso seja necessária a continuidade do tratamento, poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do Gestor do SUS.

Art. 5.º - Estabelecer que deverão ser lançados, na primeira linha do campo de serviços profissionais da AIH, o código do procedimento realizado e o número de diárias utilizadas.

Art. 6.º - Determinar que os procedimentos constantes desta Portaria sejam incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Parágrafo único. Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde (SUS).

10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 7.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros, a partir da competência maio de 2002.

BARJAS NEGRI



PARTE IX: PORTARIA SAS/MS N.º 249/2000

REDES ESTADUAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO

Portaria SAS/MS nº 249, de 12 de abril de 2002

O secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a Portaria GM/MS n.º 702, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso;

considerando a necessidade de definir critérios de cadastramento e funcionamento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso;

considerando a necessidade de estabelecer, em linhas gerais, os mecanismos e fluxos assistenciais a serem adotados pelas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, resolve:

Art. 1.º - Aprovar na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Art. 2.º - Estabelecer que as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, em conformidade com o estabelecido no Artigo 2.º da Portaria GM/MS n.º 702, de 12 de abril de 2002, enviem ao Ministério da Saúde as solicitações de cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, de acordo com as Normas de Cadastramento contidas no Anexo I desta Portaria e adotem as providências necessárias à sua integração na Rede Estadual, à definição dos fluxos assistenciais, mecanismos de referência e contra-referência e à articulação dos Centros cadastrados com a Rede de Atenção Básica e o Programa Saúde da Família.

Art. 3.º - Estabelecer como obrigatória a realização, pelo gestor estadual, de vistoria e avaliação anual em todos os serviços que compõem a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso.

Art. 4.º - Aprovar, na forma do Anexo II desta Portaria, as orientações gerais para a Assistência ao Idoso.

Art. 5.º - Cadastrar os hospitais relacionados no Anexo III desta Portaria como Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

§1.º - Os Hospitais objeto deste Artigo que, eventualmente, não cumpram, na integralidade, os critérios estabelecidos no Anexo I desta Portaria têm o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da publicação desta Portaria, para que o façam e comprovem ao gestor do Sistema Único de Saúde a regularidade de seu cadastro como Centro de Referência.

§ 2.º - Os Hospitais de que trata o § 1.º que não cumprirem o prazo estabelecido serão excluídos do rol dos Centros de Referência.

§ 3.º - Os gestores estaduais do SUS devem adotar as providências necessárias à integração desses Centros já cadastrados à Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso.

Art. 6.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a contar da competência maio de 2002, revogadas as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

ANEXO I

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem adotar as providências necessárias para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, organizar/habilitar/cadastrar os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, no quantitativo máximo estabelecido no Anexo da Portaria GM/MS n.º 702, de 12 de abril de 2002.

Os Centros de Referência serão responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes idosos nas seguintes modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar.

A assistência a ser prestada pelos Centros de Referência deve ser conduzida em conformidade com as diretrizes essenciais contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso, consubstanciadas na:

- promoção do envelhecimento saudável;
- manutenção da autonomia e da capacidade funcional;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida e,
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

1. CADASTRAMENTO

1.1 Planejamento/Distribuição de Serviços

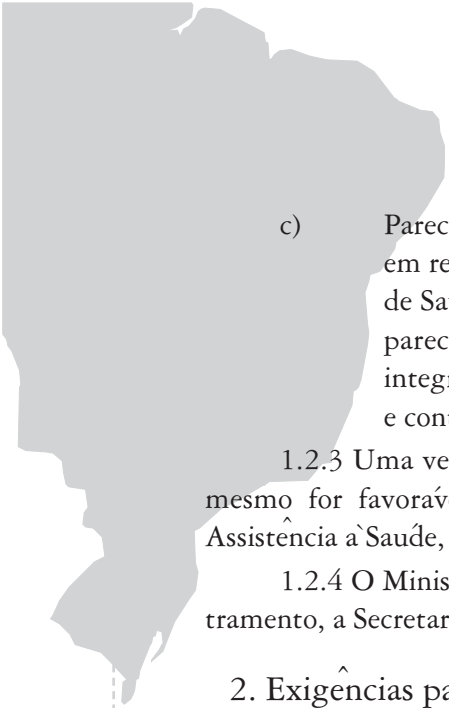
As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Centros de forma a constituírem uma Rede Estadual de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, obedecendo aos critérios de cadastramento estabelecidos nesta Portaria, assim como aos quantitativos definidos para cada estado; aqueles hospitais que, por suas características técnicas, operacionais e localização geográfica sejam os mais adequados para facilitar o acesso aos usuários e a cobertura assistencial dos pacientes idosos.

1.2 Processo de Cadastramento

1.2.1 Uma vez concluída a fase de Planejamento e Distribuição dos Centros de Referência conforme estabelecido no item 1.1 supra, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 2002).

1.2.2 O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

- a) Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas nesta Portaria, devendo ser especificadas e comprovadas as modalidades assistenciais disponíveis.
- b) Relatório de Vistoria – a vistoria deverá ser realizada “*in loco*” pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento, que avaliará as condições de funcionamento do serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria.

- 
- c) Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo secretário de Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do Centro à Rede de Referência Estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes.

1.2.3 Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS, e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, para análise.

1.2.4 O Ministério da Saúde avaliará o Processo de Cadastramento e, uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

2. Exigências para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso

2.1 Exigências Gerais

Para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso o hospital deverá cumprir as seguintes exigências gerais:

I - ser hospital geral, com número de leitos instalados e cadastrados pelo Sistema Único de Saúde igual ou maior que cem (100) leitos;

II - garantir o direito de acompanhante aos idosos, quando em regime de internação hospitalar, em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS n.º 280, de 7 de abril de 1999 e Portaria GM/MS n.º 830, de 24 de junho de 1999;

III - desenvolver trabalho de identificação da clientela idosa vinculada à unidade – conforme estabelecido no Anexo II desta Portaria;

IV - desenvolver programa de orientação do acompanhante do idoso no período de internação, orientando-o de como pode melhorar o apoio que dá à pessoa idosa que está acompanhando, em relação à sua dependência, buscando preservar ao máximo sua autonomia. Após a alta hospitalar, deve receber apoio constante, através de um programa desenvolvido pela equipe de saúde quanto aos cuidados do idoso;

V - desenvolver programas de desospitalização de idosos;

VI - desenvolver programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do idoso, com cronograma anual de acompanhamento;

VII - estar articulado, com as equipes dos Programas de Atenção Básica e Saúde da Família, onde estiverem implantados;

VIII - organizar grupos de apoio ao idoso, preferencialmente em parceria com outras instituições da sociedade civil organizada, que tenham como objetivo promover ações de melhoria da qualidade de vida.

2.2 Exigências Específicas

Além das exigências gerais, os Centros de Referência deverão cumprir as seguintes exigências específicas:

2.2.1 Modalidades Assistenciais

Para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, o hospital deverá desenvolver as seguintes modalidades assistenciais, cujos critérios de desenvolvimento se encontram estabelecidos no Anexo II desta Portaria – Orientações Gerais para Assistência à Saúde do Idoso:

2.2.1.1 Internação Hospitalar

O Centro deve possuir um percentual mínimo de 10% (dez por cento) de seus leitos gerais instalados no Hospital e cadastrados pelo SUS destinados a acomodações para internação de pacientes idosos com idade igual ou superior a 60 anos, devidamente adaptadas para esta finalidade.

Constitui um Leito Geriátrico aquele atendido pela equipe multiprofissional e interdisciplinar do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. O critério que norteará o atendimento pela equipe será a identificação, na avaliação do paciente idoso que está sendo hospitalizado em uma enfermaria geral por um problema clínico, de incapacidade funcional em, pelo menos, uma das atividades básicas da vida diária, caso contrário, poderá ser atendido dentro do modelo tradicional.

O quantitativo de leitos geriátricos deverá ser informado no processo de cadastramento do Centro de Referência.

2.2.1.2 Hospital-Dia Geriátrico

O Centro de Referência deverá ter instalado e em funcionamento serviço capaz de prestar assistência na modalidade de Hospital-Dia Geriátrico, com condições técnicas, instalações físicas adequadas, equipamentos e recursos humanos especializados e/ou capacitados em saúde do idoso, que garantam o cumprimento dos planos terapêuticos indicados e realizados por equipe multiprofissional e interdisciplinar nesta modalidade assistencial.

O Hospital-Dia Geriátrico deve garantir ações de reabilitação, tais como: reeducação para as atividades da vida diária e auto-cuidado, fortalecimento da marcha e do equilíbrio e reeducação e/ou adequação de hábitos alimentares, vesicais e intestinais, além da reabilitação psicossocial.

Esta modalidade se constitui numa forma intermediária de atendimento à saúde, situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, ou complementar a esta, que tem por objetivo viabilizar uma assistência global à saúde do idoso adequada para aqueles cuja necessidade terapêutica e de orientação de seus cuidadores não justifiquem sua permanência contínua em ambiente hospitalar e/ou auxiliar as famílias que não apresentam condições adequadas para as demandas assistenciais desse idoso.

A existência da modalidade de assistência em regime Hospital-Dia Geriátrico deverá ser informada no processo de cadastramento do Centro de Referência.

2.2.1.3 Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso

O Centro deve possuir um Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso com atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Nesse ambulatório o paciente idoso receberá atendimento individual (consulta médica e de enfermagem; fisioterapia; psicoterapia; terapia ocupacional; apoio, educação e orientações dietéticas; reabilitação da fala e deglutição), grupal (grupo operativo, terapêutico, atividade socioterápica; grupo de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde). São de fundamental importância a orientação e apoio constante ao paciente, ao cuidador e à família.

A existência do ambulatório com as características descritas neste item deverá ser informada no processo de cadastramento do Centro de Referência.

2.2.1.4 Assistência Domiciliar

O Centro de Referência deve ter instalado e em funcionamento Serviço de Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso.

Essa modalidade de assistência é aquela prestada no domicílio do paciente, compreendendo um conjunto de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação para aumento da autonomia e capacidade funcional do idoso. Identifica e orienta o cuidador familiar ou informal.

A existência desse Serviço deverá ser informada no processo de cadastramento do Centro de Referência.

2.2.2 Instalações Físicas

O hospital deve eliminar as barreiras arquitetônicas que possam impedir o acesso ou colocar em risco de acidentes o paciente idoso, de maneira que as áreas físicas do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deverão se enquadrar aos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que venham a substituí-los ou complementá-los, a saber:

- a) Portaria GM/MS n.º 810/1989 – Normas Para o Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento de Idosos.
- b) Normas de Acesso às Pessoas Portadoras de Deficiências (ABNT 1990).
- c) Resolução n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- d) Resolução n.º 5, de 5 de agosto de 1993, do Conselho Nacional de Meio Ambiente. (CONAMA).

Obs.: A Portaria GM/MS n.º 1.884, de 11 de novembro de 1994 – Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde foi revogada por meio da Portaria GM/MS n.º 554, de 20 de março de 2002.

A área física destinada ao atendimento de idosos deve ser planejada levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários pode vir a apresentar dificuldades de locomoção e maior vulnerabilidade a acidente, o que justifica a criação de um ambiente adequado. Assim sendo, deve contar com as seguintes instalações:

As instituições que atendem aos idosos deverão funcionar, preferencialmente, em construções horizontais. Quando dotadas de mais de um plano, devem dispor de equipamentos adequados como rampa ou elevador para a circulação vertical. Caso contrário, devem atender a pessoas não-imobilizadas no leito e com problemas locomotores ou psíquicos, no pavimento térreo.

a - Acessos

Os acessos ao prédio deverão possuir rampa com inclinação máxima de 5%, largura mínima de 1,50m, dotada de guarda-corpo e corrimão, piso revestido com material não-derrapante, que permita o livre fluxo de cadeiras de rodas, inclusive. Exige-se que existam no mínimo dois acessos independentes, sendo um deles para idosos e outro para os serviços.

b - Portas e Esquadrias

As portas externas e internas devem ter vão luz de 0,80m, no mínimo, dobradiças externas e soleiras com bordas arredondadas

As portas de correr terão os trilhos embutidos na soleira e no piso, para permitir a passagem de nível, especialmente para cadeira de rodas.

As portas dos sanitários devem abrir para fora, devem ser instaladas de forma a deixar vãos livres de 0,20m na parte inferior.

As maçanetas das portas não deverão ser do tipo arredondado ou de qualquer outro que dificulte a abertura das mesmas.

As portas dos banheiros não podem possuir trancas ou chaves.

c - Pisos

Os revestimentos dos pisos devem ser preferencialmente monocromáticos e de material de fácil limpeza e antiderrapante, nas áreas de circulação, banheiro, refeitórios e cozinha.

d - Mobiliário e Equipamentos Básicos

A disposição do mobiliário deve possibilitar fácil circulação e minimizar o risco de acidentes e incêndio.

Nas instalações sanitárias e na cabeceira de cada leito ocupado por residente com dificuldade de locomoção deverá ser instalado um botão de campainha ao alcance da mão.

e - Circulação Interna

- Horizontal

Os corredores principais das instituições a serem instaladas, após entrada em vigor desta Portaria, deverão ter largura mínima de 1,50m. Exige-se que todas as instituições já existentes ou que venham a ser criadas equipem os corredores com corrimão em ambos os lados, instalados a 0,80m do piso e distantes 0,05 m da parede.

Não se permite a criação de qualquer forma de obstáculos à circulação nos corredores, incluindo bancos, vasos e outros móveis ou equipamentos decorativos.

- Vertical

Escadas: devem ser em lances retos, largura mínima de 1,20m, dotadas de corrimão em ambos os lados, não devendo existir vão livre entre o piso e o corrimão. Os espelhos do primeiro e último degrau devem ser pintados de amarelo e equipados com iluminação de vigília permanente. Exige-se que as escadas tenham portas de abrir com molas de travas leves, que as mantenham em posição fechada.

Rampas: devem obedecer às especificações descritas no item “acesso” e devem ser instaladas em todos os locais onde existem mudança de nível entre dois ambientes.

Elevadores e Monta-Cargas: obedecerão às normas estabelecidas na Portaria MS n.º 400, de 6 de dezembro de 1977.

f - Instalações Sanitárias

Os sanitários deverão ser separados por sexo e obrigatoriamente equipados com barras de apoio instaladas a 0,80m do piso e afastadas 0,05m da parede, tanto no lavatório, como no vaso sanitário e no “box” do chuveiro. Devem ser instalados no mesmo pavimento onde permanecerem os idosos atendidos.

Bacia Sanitária: os assentos das bacias sanitárias devem estar a uma altura de 0,45m do piso. Muitas vezes será necessário colocar uma plataforma para se atingir a altura estipulada. Neste caso, a projeção horizontal da plataforma não deverá ultrapassar em 5cm o contorno da base da bacia, sendo ideal que acompanhe a projeção da base da bacia.

A proporção deve ser de, no mínimo, 1 bacia sanitária para cada 6 pessoas. No caso das paredes laterais à bacia sanitária serem afastadas, deverá ser instalada, em ambos os lados da bacia, uma estrutura de apoio em substituição às barras instaladas na parede.

Chuveiro: deve ser instalado em compartimento “box” com dimensões internas compatíveis com banho em posição sentada, dotado, obrigatoriamente, de água quente e na proporção mínima de um chuveiro para cada quarto com quatro leitos.

Bacia Sanitária (bidê): quando existente, deve ser instalada sobre um óculo de 0,15m de altura, e equipada com a mesma estrutura de apoio descrita para o vaso sanitário. (este item da portaria n.º 810, de 1989, é suplantado pelo contido nas Normas da ABTN 1990, cujo conteúdo encontra-se acima).

As banheiras de imersão só serão permitidas nas salas de fisioterapia.

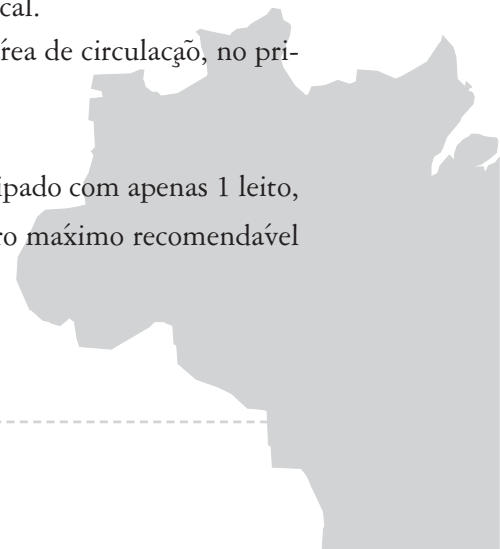
g- Iluminação, Ventilação, Instalações Elétricas e Hidráulicas

Deverão obedecer aos padrões mínimos exigidos pelo código de obras local.

É obrigatória a instalação de luz de vigília nos dormitórios, banheiros, área de circulação, no primeiro e no último degrau da escada.

h - Áreas Mínimas

Dormitório: a área mínima para um dormitório é de 6,5m² quando equipado com apenas 1 leito, e de 5m² para cada leito quando se tem até quatro leitos, sendo este o número máximo recomendável por dormitório.



Aquelas instalações já existentes com dormitórios tendo acima de 4 leitos deverão seguir as normas em vigor do Ministério da Saúde para enfermarias.

É expressamente vetado o uso de camas tipo beliche, camas de armar ou assemelhadas e a instalação de divisória improvisadas que não respeitem os espaços mínimos ou que prejudique a iluminação e a ventilação, conforme estabelecido pelo código de obras local.

A distância mínima entre dois leitos paralelos deve ser de 1,0m a 1,50m entre um leito e outro fronteiro. Recomenda-se que a distância mínima entre o leito e a parede que lhe seja paralela deva ser de 0,50m.

Sala para o Serviço de Nutrição e Dietética: é constituída por cozinha, refeitório e dispensa, sendo que o refeitório poderá também servir como sala para a realização de atividades recreativas e ocupacionais, com área mínima de 1,5m² por pessoa para instituições com capacidade para até 100 pessoas.

Área de Recreação e Lazer: todas as instituições deverão contar com área destinadas à recreação e ao lazer, com área mínima de 1m² por leito instalado.

Áreas para Atividades de Reabilitação: todas instituições deverão possuir instalações específicas com área mínima de 30m² e dotadas de pia com bancada, sanitário próximo, mobiliário e equipamento específicos estipulados por profissionais legalmente habilitados, inscritos no conselho de profissionais da área respectiva.

Hospital-dia: deverá funcionar em área física especificamente destinada para esse fim e contar, no mínimo, com:

- recepção com sala de espera própria;
- vestiário masculino e feminino;
- sanitários masculinos e femininos para pacientes, acompanhantes e funcionários;
- sala para trabalho em grupo;
- sala de refeições, não necessariamente exclusiva do hospital-dia, mas com garantia de acesso fácil ao idoso;
- área externa para atividades ao ar livre;
- área com estrutura para repouso eventual;
- sala para reabilitação;
- sala de procedimentos;
- posto de enfermagem;
- sala de estar e recreação.

2.2.3 Recursos Humanos

O Centro deve contar com equipe interdisciplinar e multiprofissional de assistência ao idoso, devidamente capacitada para esta modalidade de atenção. Entende-se por equipe multiprofissional e interdisciplinar, um conjunto de profissionais (de diferentes profissões e/ou especialistas de uma mesma profissão), que trabalham em um mesmo local com uma finalidade comum, atuando de maneira interdependente, isto é, interagindo formal e informalmente. Eles podem realizar avaliações isoladas, mas as informações destas são trocadas sistematicamente, ou seja, trabalham de maneira combinada, tanto no planejamento como na implementação de cuidados ao paciente.

O Centro deverá contar com:

- a) Responsável Técnico – médico com carga horária de 40 horas semanais, com reconhecida competência na área de saúde do idoso.
- b) Responsável pelo Serviço de Enfermagem – enfermeiro com reconhecida competência na área de saúde do idoso.
- c) Equipe de Internação Hospitalar/Ambulatório

Para atendimento aos pacientes idosos internados em leitos de enfermagem de curta permanência devem ser obedecidos os seguintes profissionais de Saúde capacitados em saúde do idoso para cada módulo de 40 leitos:

- Médico Assistente: 12 horas/dia
- Equipe de Enfermagem: 24 horas/dia
- Enfermeiro: 6 horas/dia/profissional (24 horas/dia de cobertura)
- Técnico/Auxiliar de enfermagem: 6 horas/dia/profissional (24 horas/dia de cobertura) 1 profissional/cada 5 leitos.
- Fisioterapeuta: 8 horas/dia
- Nutricionista: 4 horas/dia
- Assistente Social: 8 horas/dia
- Fonoaudiólogo: 4 horas/dia
- Psicólogo: 3 horas/dia
- Terapeuta Ocupacional: 8 horas/dia

d) Hospital-Dia Geriátrico

O Hospital-Dia Geriátrico deve contar com profissionais capacitados na área de saúde do idoso. As equipes deverão ser constituídas da seguinte forma:

- Equipe Básica: com médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, além de técnicos/auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente ao número de vagas disponíveis;
- Equipe Ampliada: não necessita ser exclusiva do Hospital-Dia Geriátrico, mas deve atender à solicitação deste, com a finalidade de realizar avaliações e intervenções conforme as necessidades. Deverão fazer parte desta equipe ampliada nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo;
- Retaguarda de especialistas para avaliações quando necessárias.

A determinação da quantidade de recursos humanos para o Hospital-Dia Geriátrico dependerá de seus horários de funcionamento (6 ou 12h) e número de pacientes. Deverá incluir pelo menos:

- 1 médico assistente com competência na área de geriatria (4h/dia), para cada 20 pacientes;
- 2 enfermeiros com competência na área de geriatria (36h/semana), para cada 20 pacientes;
- 8 técnicos/auxiliares de enfermagem com competência na área de geriatria (36h/semana), para cada 20 pacientes;
- 1 assistente social com competência na área de geriatria, para cada 20 pacientes; e
- outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica.

e) Assistência Domiciliar

O Serviço deve ter uma equipe interdisciplinar e multiprofissional básica, com competência em saúde do idoso, formada por médico, enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem. O quantitativo destes profissionais deve ser dimensionado de acordo com o número de pacientes atendidos.

A equipe da assistência domiciliar deve contar, ainda, com o apoio dos demais profissionais do Centro como psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e fonoaudiólogo. A necessidade da participação desses profissionais dependerá da avaliação inicial realizada pela equipe básica.

f) Consultores Médicos

Além dos profissionais já citados, o hospital deve contar com médicos de diversas especialidades para o atendimento de consultas/assistência dos pacientes idosos.

As especialidades mínimas são: neurologia, psiquiatria, cardiologia, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia, pneumologia, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia vascular, urologia e ortopedia.

Toda a equipe do Centro deve ser treinada em serviço e, desta forma, capacitada para implementar o Programa de Atendimento ao Idoso nas diversas modalidades assistenciais. O Responsável Técnico deve ser o coordenador do programa de treinamento dos membros da equipe de cuidados de saúde que tenham qualquer tipo de contato com os idosos. Uma cópia do programa de treinamento (conteúdo) ou as linhas gerais dos cursos de treinamento devem estar disponíveis para revisão; deve existir ainda uma escala de treinamento de novos funcionários. Esse treinamento deve ser de pelo menos 20 horas no total, incluindo um mínimo de 5 horas de experiência prática em supervisão.

2.2.4 Materiais e Equipamentos

O Centro deve possuir todos os materiais/equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos idosos, que possibilitem o diagnóstico, tratamento/acompanhamento médico e de enfermagem, fisioterápico com reabilitação funcional, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia com reabilitação da voz, audição, deglutição e psicomotricidade, psicológico, estimulação cognitiva e comportamental (individual/grupal), nutricional e dietético, além de orientação familiar e dos cuidadores.

2.2.5 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

Os Centros de Referência deverão contar com recursos diagnósticos de análise clínicas, de imagem e traçados. Assim, são requeridos, no mínimo, os seguintes recursos:

- Laboratório de Análises Clínicas: onde se realizem exames de bioquímica; hematologia; microbiologia, gasometria e líquidos orgânicos, inclusive líquido.
- Eletroencefalografia: o Laboratório deve possuir Certificado de Controle de Qualidade;
- Unidade de Imagenologia: RX, RX portátil, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.
- Anatomia Patológica: onde se realizem exames nas áreas de citologia e histologia. A Unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade;
- Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia.
- Atendimento de Intercorrências: o hospital deve contar com serviço de médicos e enfermeiros plantonistas nas 24 horas do dia para atendimento das intercorrências.
- Unidade de Tratamento Intensivo: o Hospital deve contar com uma UTI própria, cadastrada pelo SUS de acordo com a Portaria GM/MS n.º 3.432/1998 e classificada, no mínimo, como de Tipo II.
- Hemoterapia.

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro. Nesse caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n.º 494, de 26 de agosto de 1999. O hospital deve contar com Banco de Sangue nas 24 horas do dia, próprio ou mediante acesso de acordo com a Portaria supracitada.

2.2.6 Rotinas de Funcionamento e Atendimento

O Centro de Referência deve possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas a cada quatro anos e assinadas pelo Responsável Técnico pelo Centro. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos, incluindo a avaliação do idoso, medidas de prevenção de agravos e descrição das complicações mais comuns que podem surgir durante sua estadia, bem como as estratégias de trabalho em equipe. No que diz respeito ao tratamento da doença de Alzheimer, deve ser observado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tratamento da Demência por doença de Alzheimer publicado pela Secretaria de Assistência à Saúde.

2.2.7 Registro de Pacientes

O Centro deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e deverão conter:

- identificação do paciente;
- histórico clínico;
- laudo dos exames diagnósticos realizados;
- descrição sumária da avaliação do paciente, conforme previsto no Anexo II desta Portaria;
- relatório de evolução do paciente.

No caso de assistência domiciliar, o prontuário do paciente deve ser preenchido em duas vias, sendo que uma via deverá ficar no domicílio do paciente, o que facilitará o atendimento de urgência por outra equipe.

No caso de assistência a pacientes portadores da doença de Alzheimer, o prontuário deve conter ainda:

- mini-exame do estado mental – deve ser repetido e devidamente registrado a cada quatro meses, em conformidade com o estabelecido no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tratamento da Demência por Doença de Alzheimer publicado pela Secretaria de Assistência à Saúde;
- descrição dos achados clínicos que permitiram fechar o diagnóstico clínico *provável ou possível* da doença de Alzheimer, de acordo com o Protocolo supra citado.

2.2.8 Orientação/Treinamento

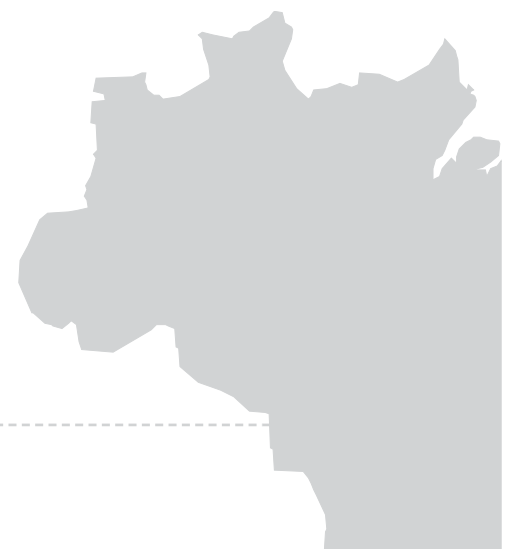
Além do programa de treinamento da equipe de saúde do Centro – já abordado no item Recursos Humanos, o Centro deverá manter um programa permanente de orientação/treinamento de familiares e de cuidadores dos pacientes idosos, introduzindo conceitos que os capacitem a prover os cuidados básicos ao idoso e habilitando-os a serem o elo de ligação entre a equipe de saúde e o idoso.

2.2.9 Transporte

O Centro deve contar com ambulância adequadamente equipada para a realização de eventuais remoções e transferências de pacientes. Além disso, a equipe responsável pela assistência domiciliar deve dispor de veículo para seu transporte.

3. Manutenção do Cadastro e Descadastramento

Para manutenção do cadastramento, os Centros de Referência deverão cumprir as normas estabelecidas pela presente Portaria, nas suas modalidades assistenciais próprias ou conveniadas. O descadastramento poderá ocorrer se, após avaliação de funcionamento por meio de auditorias periódicas realizadas pelo gestor, o Centro não cumprir as normas em vigor.





ANEXO II

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO

A assistência à saúde do idoso a ser prestada nos Centros de Referência integrantes da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, deve ser integral e integrada e envolver as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar.

Toda assistência a ser prestada deve ser conduzida em conformidade com as Diretrizes Essenciais contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso, consubstanciadas na:

- promoção do envelhecimento saudável;
- manutenção da autonomia e da capacidade funcional;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida e,
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Além disso, deve ser desenvolvido um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios:

- ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à reconstrução progressiva da sua independência nas atividades da vida cotidiana e à sua reinserção social;
- ter como objetivo central a garantia da assistência necessária à prevenção de agravos, promoção, proteção, recuperação da saúde do idoso e sua reintegração social e familiar, bem como a identificação e orientação de um cuidador familiar quando houver previsão de alta;
- respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Uma vez constituída a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, o gestor estadual deverá adotar as providências necessárias para a adequada definição dos fluxos assistenciais e dos mecanismos de referência e contra-referência. Para tanto, deverão ser observadas as seguintes regras gerais:

- O paciente idoso poderá ser atendido, em hospitalizações de curta permanência, dentro do modelo tradicional. No entanto, deverá ser atendido pela equipe de assistência à saúde do idoso se no momento da avaliação apresentar uma redução de sua capacidade funcional ou enfermidade que cause redução da mesma. Esse paciente deve ser cadastrado e, no momento da alta, encaminhado aos programas de desospitalização com acompanhamento ambulatorial ou domiciliar, estabelecidos pelos diversos protocolos clínicos.
- A prioridade de atendimento da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso deverá ser dada àqueles pacientes idosos internados em leitos de longa permanência em hospitais públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS, não cadastrados como de referência na assistência ao idoso.
- Cabe aos gestores municipais e estaduais e do Distrito Federal, após constituídas as suas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, a identificação e transferência dos pacientes idosos internados em leitos de longa permanência para os hospitais e serviços extra-hospitalares cadastrados como de referência na assistência à saúde do idoso.
- Os pacientes idosos com quadro clínico compensado e estável, em condições de atendimento ambulatorial e que possuam suporte familiar, devem ser, prioritariamente, encaminhados para os serviços de Hospital-Dia Geriátrico ou Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, como forma de garantir a preservação de sua autonomia, da sua capacidade funcional e da sua reintegração familiar e social.

- Os pacientes idosos com quadro clínico compensado e estável, mas sem condições de locomoverem-se e que possuam suporte familiar, devem ser, prioritariamente, encaminhados para os serviços de Assistência Domiciliar, como forma de garantir a preservação de sua autonomia, da sua capacidade funcional e da sua reintegração familiar e social.

Avaliação dos Pacientes:

Todos os idosos atendidos pelo Centro de Referência devem ser amplamente avaliados, devendo a equipe estabelecer seu perfil e diagnóstico epidemiológico, identificar os principais agravos à sua saúde, planejar o processo de atenção para cada paciente de acordo com suas peculiaridades e cadastrar os idosos egressos da internação hospitalar inscrevendo-os num programa de acompanhamento ambulatorial e, eventualmente, de hospital-dia ou assistência domiciliar. Todo o idoso deve ser submetido a uma avaliação que contemple:

A - Avaliação da saúde física:

- a) diagnósticos presentes (co-morbidade);
- b) indicadores de gravidade;
- c) quantificação dos serviços médicos utilizados (incluindo internações anteriores);
- d) auto-avaliação de problemas de saúde.

B - Avaliação da saúde mental:

- a) testes de função cognitiva (exemplo: *Mini Mental State Examination*);
- b) escala (curta) de Depressão Geriátrica e/ou DSM IV.

C - Avaliação Social:

- a) avaliação da rede de suporte social;
- b) avaliação dos recursos disponíveis;
- c) avaliação das necessidades de suporte.

D - Avaliação Nutricional

E - Avaliação de Enfermagem:

- a) avaliação da capacidade de autocuidado;
- b) avaliação das demandas assistenciais.

F - Capacidade Funcional e Autonomia

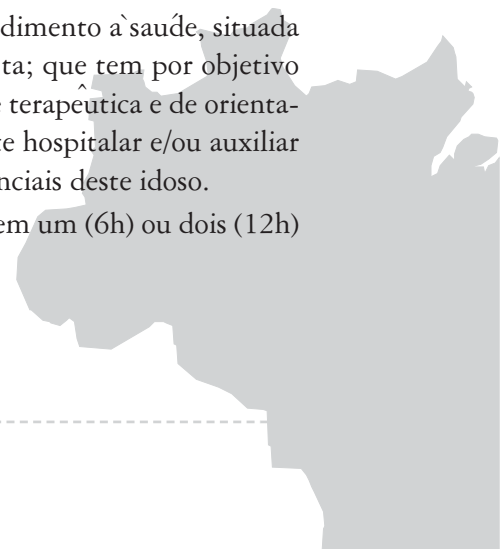
- a) atividades básicas da vida diária;
- b) atividades instrumentais da vida diária.

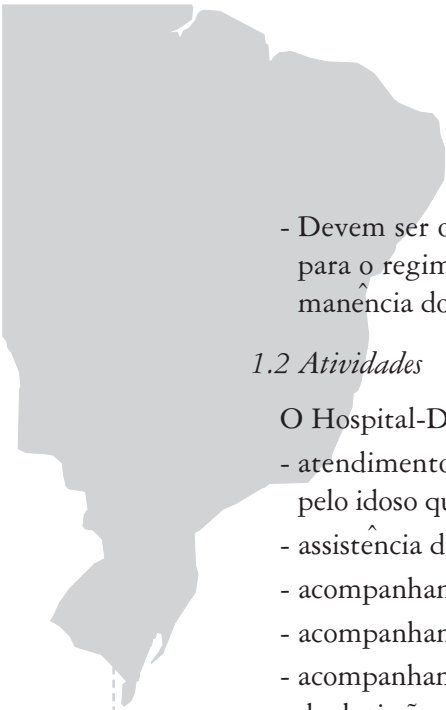
1 Hospital-Dia Geriátrico

1.1 Critérios Gerais

O regime de hospital-dia se constitui numa forma intermediária de atendimento à saúde, situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, ou complementar a esta; que tem por objetivo viabilizar assistência global à saúde do idoso adequada àqueles cuja necessidade terapêutica e de orientação de seus cuidadores não justifiquem sua permanência contínua em ambiente hospitalar e/ou auxiliar as famílias que não apresentam condições adequadas para as demandas assistenciais deste idoso.

- O Hospital-Dia Geriátrico funcionará, no mínimo, 5 dias por semana em um (6h) ou dois (12h) turnos;



- 
- Devem ser oferecidas refeições adequadas (duas refeições para o regime de um turno e quatro para o regime de dois turnos), segundo avaliação nutricional prévia, durante o período de permanência do idoso na Unidade, incluindo seu acompanhante.

1.2 Atividades

O Hospital-Dia Geriátrico deve desenvolver as seguintes atividades:

- atendimento médico e farmacoterápico, incluindo os medicamentos que devem ser utilizados pelo idoso quando este não está no hospital-dia, enquanto durar o período de acompanhamento;
- assistência de enfermagem;
- acompanhamento fisioterápico com reabilitação funcional;
- acompanhamento de terapia ocupacional;
- acompanhamento de fonoaudiologia, principalmente objetivando a reabilitação da voz, audição, deglutição e psicomotricidade;
- acompanhamento psicológico com psicoterapia, estimulação cognitiva e comportamental, individual/grupal;
- acompanhamento nutricional com adequação de dietas;
- acompanhamento por assistente social, incluindo a identificação e otimização do funcionamento da rede de suporte social do idoso e de seus familiares, visando a reinserção social dos mesmos na comunidade;
- orientação familiar e do cuidador responsável visando à continuidade do plano terapêutico e evitando reinternações.

O Hospital-Dia Geriátrico deve garantir serviço ou referência de serviço de urgência/emergência em plantão de 24 horas com garantia de remoção em ambulância com equipamento adequado.

1.3 Porta de Entrada

A entrada em hospital-dia deve ser por encaminhamento das instituições ou serviços abaixo relacionados (públicos ou privados prestadores de serviços ao SUS):

- Hospital
- Assistência domiciliar
- Assistência ambulatorial especializada
- Programa Saúde da Família

1.4 Critérios de Admissão em Hospital-Dia Geriátrico:

Serão admitidos no Hospital Dia Geriátrico os idosos que tiverem indicação médica e passarem por avaliação multiprofissional, isto é, aquele paciente idoso:

- convalescente, que esteve hospitalizado em um leito de agudos previamente, ou seja, aquele submetido a procedimentos clínico/cirúrgicos, que se encontra em recuperação e necessita de acompanhamento médico e de outros cuidados de saúde, bem como de reabilitação físico-funcional por um período de até 30 dias;
- com perda funcional agravada por qualquer internação hospitalar (subentende uma avaliação funcional durante a internação prévia), com vistas à reabilitação para a vida na comunidade;
- em recuperação após internação cirúrgica ou para tratamento quimioterápico; e
- qualquer paciente portador de incapacidade funcional média ou grave decorrentes de transtorno físico ou cognitivo e os sem apoio familiar contínuo.

A equipe multiprofissional e interdisciplinar será responsável por determinar se esta modalidade assistencial é a mais adequada para realização ou complementação dos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos necessários, bem como para o desenvolvimento de programas de reabilitação que visem à manutenção de sua autonomia e capacidade funcional, incluindo a identificação e o fornecimento das orientações necessárias para o cuidador responsável de modo a garantir a continuidade da assistência.

1.5 Critérios de Alta

O processo de alta do regime de Hospital-Dia Geriátrico, embora de responsabilidade do médico assistente, deverá ser definido pela equipe assistencial.

Ao receber alta, o idoso, seu cuidador e seus familiares devem ser orientados e o paciente deve ser referenciado ao serviço ambulatorial com relatório completo de todas as atividades desenvolvidas durante a internação no hospital-dia, bem como com a descrição de todas as orientações fornecidas.

2 Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso

2.1 Critérios Gerais

A Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso é aquela assistência prestada no domicílio do paciente por serviço integrante de um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e executada por equipe multiprofissional e interdisciplinar com competência em saúde do idoso, compreendendo um conjunto de procedimentos:

- diagnósticos e terapêuticos;
- reabilitação motora, respiratória, psíquica e social;
- trabalho junto à família e cuidador, buscando a autonomia nos cuidados do paciente;
- procura de soluções de apoio e ajuda na sociedade e instituições afins.

Esta modalidade assistencial, observados os itens de elegibilidade constantes dos itens 2.2.1, 2.3.1 e 2.4.1, deve ser considerada apenas para aqueles pacientes em que a assistência domiciliar não represente risco de agravamento de seus quadros clínicos e que residam na área de abrangência do serviço e disponham de familiares ou responsáveis em condições de prestar os cuidados mínimos em domicílio.

Os procedimentos domiciliares, dependendo do(s) problema(s) de saúde motivador (es) podem requerer períodos de tempo variáveis de atenção, de tal maneira que serão classificados como:

- Grupo I - Assistência Domiciliar de Curta Permanência – limite de 30 dias;
- Grupo II - Assistência Domiciliar de Média Permanência – limite de 31 a 60 dias; e
- Grupo III - Assistência Domiciliar de Longa Permanência – a partir de 61 dias.

Deve estar garantida a referência hospitalar para serviços de emergência e interconsultas por profissionais de outras especialidades, com transporte adequado assegurado.

Em caso de óbito do paciente, ocorrido em domicílio, o médico de equipe deverá constatar-lo no local e, observados os aspectos legais envolvidos, emitir o correspondente Atestado de Óbito. Na ausência do médico de equipe, o Centro de Referência deverá providenciar um médico substituto para a realização dessa tarefa. A base de informações será o prontuário do paciente.

2.2 Curta Permanência

2.2.1 Critérios de Elegibilidade

A Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso de Curta Permanência de tempo corresponde aos cuidados de casos subagudos ou agudos não caracterizáveis como urgências ou emergências, estes requerendo um ambiente hospitalar. Aqui se incluem a recuperação e a estabilização de problemas de saúde, que comumente levam a internações hospitalares por falta de alternativas de atendimento, tais como:

- respiratórios: pneumonias, crise asmática (exclui estado de mal asmático); exacerbação de doenças broncopulmonares obstrutivas crônicas;
- pielonefrites;
- diabetes *mellitus* descompensado (exclui coma, hiperosmolaridade e cetoacidose);
- insuficiência cardíaca congestiva (exclui edema agudo de pulmão);
- depleção de espaço extra celular (menos de 50%);
- necessidades nutricionais complexas;
- pós-operatório de cirurgia gastrointestinais de pequeno e médio porte, tais como colecistectomia, tratamento cirúrgico de enfermidade ulcerosa gastrointestinal, tratamento cirúrgico de divertículos e pólipos;
- pós-operatório de outras cirurgias de pequeno e médio porte;
- úlcera de pressão e outras úlceras.

2.2.2 Porta de Entrada

A porta de entrada para Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso de curto espaço de tempo pode ser:

- Programa Saúde da Família ou Rede de Atenção Básica;
- Ambulatório;
- Hospital;
- Pronto-socorro ou pronto atendimento.

2.2.3 Critérios de Alta

A alta ocorrerá em caso de óbito, recuperação, hospitalização por piora ou indicativo para assistência de média ou longa permanência de atendimento.

O processo de alta deverá ser previamente discutido pelos profissionais de Saúde envolvidos no atendimento.

2.3 Média Permanência

2.3.1 Critérios de Elegibilidade

Esses procedimentos são destinados preferencialmente aos idosos que recebem alta do leito hospitalar ou da Assistência Domiciliar de Curta Permanência, e que apresentam uma baixa capacidade funcional, tendo como objetivo a reabilitação do mesmo para a vida na comunidade, dentro das condições de suporte familiar e social existentes, evitando-se, assim, um leito de longa permanência.

São considerados casos elegíveis para a esta modalidade de assistência aqueles que incluam estabilização, recuperação e reabilitação de problemas de saúde, que comumente levam a internações prolongadas e/ou reinternações hospitalares frequentes por falta de alternativas de atendimento, tais como:

- pós-operatório de fratura de colo de fêmur;
- colocação de próteses de outras articulações de membros inferiores;
- pós-amputações;
- pós-fixações externas e internas;
- fraturas vertebrais;
- recuperação de acidente vascular cerebral;
- pós-operatório de cirurgias de grande porte;
- qualquer enfermidade que levou a hospitalização de paciente idoso com alto grau de dependência.

Em todos os casos, paciente com família que resida na mesma cidade e na área de abrangência do Serviço de Assistência Domiciliar, e tenha as condições para prover-lhe os cuidados necessários.

2.3.2 Porta de Entrada

- Programa Saúde da Família ou Rede de Atenção Básica;
- Ambulatório;
- Assistência Domiciliar de Curta Permanência;
- Hospital.

2.3.3 Critérios de Alta

A alta ocorrerá em caso de óbito, recuperação e/ou estabilização da perda funcional, hospitalização por piora ou indicativo para assistência de longa permanência. Em casos em que houver indicação de longa permanência, o mesmo será encaminhado à Assistência Domiciliar de Longa Permanência, segundo a elegibilidade para a mesma e contidos neste Anexo.

O processo de alta deverá ser previamente discutido pelos profissionais de Saúde envolvidos no atendimento.

2.4 Longa Permanência

2.4.1 Critérios de elegibilidade

Esses procedimentos são destinados aos pacientes idosos portadores de enfermidade (s) crônica (s) com baixa capacidade funcional ou totalmente dependente que tiveram esgotado todas as condições de terapia específica e que necessitam de assistência de saúde ou cuidados permanentes. Trata-se, em geral, de pacientes que receberam alta hospitalar ou da Assistência Domiciliar de Média Permanência e que apresentam ainda uma baixa capacidade funcional. Tem como objetivo aprimorar e humanizar o atendimento bem como, dar continuidade à reabilitação, dentro das condições de suporte familiar e social existente. Correspondem, pois, aos cuidados de pacientes idosos elegíveis para os leitos de longa permanência, tais como, portadores de:

- sequêlas de doenças cerebrovasculares;
- tromboangeíte obliterante (doença de Leo Buerger);
- varizes dos membros inferiores com úlcera e inflamação;
- doenças broncopulmonares obstrutivas crônicas ;
- pneumoconioses ;
- outras doenças pulmonares intersticiais crônicas;
- demências;
- doença ou síndrome de Parkinson com alto grau de dependência;
- miopatias crônicas com alto grau de dependência;
- hemiplegia flácida, espástica e não-especificada, paraplegia e tetraplegia;
- colagenoses com alto grau de dependência;
- neoplasias malignas fora de possibilidades terapêuticas específicas.

2.4.2 Porta de Entrada

- Hospital;
- Assistência Domiciliar de Curta ou Média Permanência;
- Programa Saúde da Família, Rede de Atenção Básica ou Ambulatório Especializado;
- Leito de Longa Permanência cuja avaliação detectou uma perspectiva de continuidade de cuidados em seu domicílio.



2.4.3 Critérios de Alta

A alta ocorrerá em caso de óbito, recuperação e/ou estabilização da perda funcional, hospitalização por piora ou indicativo para assistência de longa permanência.

Em casos em que houver indicação de longa permanência, o paciente será encaminhado à Assistência Domiciliar de Longa Permanência, segundo a elegibilidade para a mesma e contidos neste Anexo.

O processo de alta deverá ser previamente discutido pelos profissionais de Saúde envolvidos no atendimento.

3. Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer

Os Centros de Referência são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores e o que mais for necessário à adequada atenção aos Portadores da doença de Alzheimer. Estão envolvidos, ainda, nesse processo assistencial cuidados de enfermagem, fisioterápicos, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia, psicológicos, de estimulação cognitiva e comportamental (individual/grupal), nutricionais e dietéticos.

Os medicamentos serão adquiridos pelas Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal em conformidade com o Programa de Medicamentos Excepcionais. A dispensação poderá ser feita pelas próprias Secretarias, ou, mediante acordos operacionais entre as partes envolvidas, pelos Centros de Referência, adotando-se, neste caso, mecanismos de acompanhamento e controle.

ANEXO III

CENTROS DE REFERÊNCIA JÁ CADASTRADOS

CIDADE	HOSPITAL	CNPJ
Belém	Universitário João de Barros Barretos – Univ. Federal do Pará	34.621.748/0001-23
Natal	Universitário Onofre Lopes (UFRN)	24.365.710/0013-17
Recife	Geral de Areias (Estadual)	09.794.975/0222-63
Recife	Universitário Oswaldo Cruz – Univ. Estadual de Pernambuco	11.022.597/0013-25
Maceió	Universitário Alberto Antunes – Universidade Federal de Alagoas	24.464.109/0001-48
Salvador	Associação Obras Sociais Irmã Dulce (Hospital Santo Antônio)	15.178.551/0001-17
São Paulo	São Paulo Hospital Universitário – Escola Paulista de Medicina	60.453.032/0001-74
São Paulo	Das Clínicas da Fac. Med. USP – Fundação Faculdade de Medicina	56.577.059/0001-00
São Paulo	Irmandade Santa Casa MIS S Paulo Fac. C Méd. S. Casa Hosp. Univ.	62.779.145/0001-90
Ribeirão Preto	Santa Tereza de Ribeirão Preto (Estadual)	46.374.500/0049-39
Niterói	Universitário Antônio Pedro Universidade Federal Fluminense	28.523.215/0003-78
Rio de Janeiro	Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)	33.663.683/0053-41
Florianópolis	Universidade Federal de Santa Catarina Hospital Universitário	83.899.526/0001-82
Porto Alegre	Nossa Senhora da Conceição	92.787.118/0001-87
Porto Alegre	União Brasileira Educação e Assist. Hospitalar São Lucas – PUCRS	88.630.413/0002-81
Brasília	Hospital Universitário de Brasília – HUB	00.038.174/0006-58
Goiânia	Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi	00.529.964/0007-42

PARTE X: PORTARIA GM/MS N.º 280/1999 ACOMPANHANTE HOSPITALAR DE IDOSO

Portaria GM/MS n.º 280, de 7 de abril de 1999.

Publicada no DOU n.º 66-E, pag. N.º 14, Seção I, em 8.4.99

O ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando que é de competência dos órgãos e entidades públicas da área da saúde, dentro da Política Nacional do Idoso, prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde desse segmento da população; considerando o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, de defesa a sua dignidade, ao seu bem-estar e ao direito à vida, e

considerando que idosos com quadro de agravos à saúde que necessitam de cuidados terapêuticos em nível hospitalar, apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença de familiar, resolve:

Art. 1.º - Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados.

§ 1.º - Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

§ 2.º - No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2.º - Estabelecer que ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no Art. 1.º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contra-indicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente.

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

JOSE SERRA



PARTE XI: PORTARIA GM/MS N.º 703/2002

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER

Portaria GM/MS n.º 703, de 12 de abril de 2002

O ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002, que cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

considerando a Portaria SASMS nº 249, de 12 de abril de 2002, que aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e as Orientações Gerais para a Assistência ao Idoso;

considerando o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, de defesa de sua dignidade, seu bem-estar e direito à vida;

considerando que a demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, usualmente de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento e produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual de seus portadores e interfere com as atividades do dia-a-dia, como higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalete;

considerando que a doença de Alzheimer é a principal causa de demência, sendo uma doença cerebral degenerativa primária, de etiologia não totalmente conhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos;

Considerando a incidência da doença de Alzheimer no Brasil;

Considerando que a doença de Alzheimer, embora podendo ocorrer em pacientes de outras faixas etárias, tem sua maior incidência entre a população idosa e que esta doença compromete severamente a qualidade de vida de seus portadores, e

Considerando a necessidade de adotar medidas que permitam organizar melhor a assistência aos portadores da doença de Alzheimer, em todos os aspectos nela envolvidos, resolve:

Art. 1.º - Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer.

Art. 2.º - Definir que o Programa ora instituído será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em cooperação com as respectivas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e seus Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Parágrafo único. Os Centros de Referência integrantes da Rede mencionada no *caput* deste Artigo são os responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores e o que mais for necessário à adequada atenção aos pacientes portadores da doença de Alzheimer.

Art. 3.º - Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde estabeleça o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da demência por doença de Alzheimer, inclua os medicamentos utilizados neste tratamento no rol dos Medicamentos Excepcionais e adote as demais medidas que forem necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 4.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI

PARTE XII: PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – DEMÊNCIA POR DOENÇA DE ALZHEIMER

(Portaria SAS/MS N.º 843, de 6/11/2002)

1. Introdução

A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, usualmente de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual e interfere com as atividades do dia-a-dia, como higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalete (1). A sobrevida média após o diagnóstico de demência é de 3,3 anos (2).

A doença de Alzheimer – a principal causa de demência – é uma doença cerebral degenerativa primária, de etiologia não totalmente conhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos.

Fatores genéticos são extremamente relevantes, pois além da idade, a existência de membro da família com demência é o único fator sistematicamente associado, presente em 32,9% de casos diagnosticados (3). A DA é transmitida de forma autossômica dominante e as características de idade de início e evolução identificam subtipos diferentes com correlatos genéticos. Por ser autossômica dominante, a penetração é completa, entretanto a manifestação observada na prole não é de 50%, mas de aproximadamente 25%. A redução da manifestação sugere que outros fatores devam fazer parte do processo da doença, caracterizando sua multifatorialidade. O risco relativo geral calculado foi de 3,5 para aqueles sujeitos com pelo menos um parente de 1.º grau acometido de demência.

Instala-se usualmente de modo insidioso e desenvolve-se lenta e continuamente por um período de vários anos. O início pode ser na meia-idade ou até mesmo mais cedo, mas a incidência é maior à medida que a idade avança (a partir dos 60 anos) (1).

As alterações neuropatológicas e bioquímicas da doença de Alzheimer podem ser divididas em duas áreas gerais: mudanças estruturais e alterações nos neurotransmissores ou sistemas neurotransmissores.

As mudanças estruturais incluem os envelados neurofibrilares, as placas neuríticas e as alterações do metabolismo amilóide, bem como as perdas sinápticas e morte neuronal.

As alterações nos sistemas neurotransmissores estão ligadas às mudanças estruturais (patológicas) que ocorrem na doença, porém, de forma desordenada. Alguns neurotransmissores são significativamente afetados ou relativamente afetados indicando um padrão de degeneração de sistemas. Porém, sistemas neurotransmissores podem estar afetados em algumas áreas cerebrais as não em outras, como no caso da perda do sistema colinérgico cortical basal e da ausência de efeito sobre o sistema colinérgico do tronco cerebral. Efeitos similares são observados no sistema noradrenérgico.

Baseado na hipótese colinérgica da doença de Alzheimer, evidenciada pela perda de neurônios colinérgicos centrais, atividade reduzida da colinacetiltransferase em cérebro de pacientes com Alzheimer e pela correlação de déficit colinérgico e prejuízo da função cognitiva, os inibidores da acetilcolinesterase foram testados na doença de Alzheimer com um modesto benefício comprovado.

Vários ensaios clínicos testaram a utilização de alguns representantes desta classe de medicações. A maioria desses estudos apresentou um seguimento de 6 a 12 meses e utilizou escalas padronizadas de avaliação de prejuízo cognitivo (*Alzheimer's Disease Assessment Scale - ADAS*) e de estado mental (*Mini-Mental State Examination - MMSE*) como desfechos principais, demonstrando uma diferença de cerca de

4 a 5 pontos na escala ADAS (escala de 0 a 70, sendo os valores mais elevados representam maior prejuízo). Considerando que a história natural da doença prevê uma deterioração anual de 8 a 10% nesta escala (4), tal diferença significa uma redução de aproximadamente 6 meses na história natural do Alzheimer (5).

2. Classificação CID 10:

- G30. – doença de Alzheimer
- F00. – demência na doença de Alzheimer

3. Diagnóstico Clínico

Requisito primário para o diagnóstico de demência é a evidência de um declínio tanto na memória quanto no pensamento, o qual é suficiente para comprometer atividades pessoais da vida diária.

O comprometimento da memória tipicamente afeta o registro, armazenamento e evocação de novas informações, porém, material familiar e os aprendizados mais antigos (mais precoces na vida) podem também ser perdidos, especialmente nos estágios mais tardios.

O processamento de informações é afetado, de modo que o indivíduo tem progressivamente mais dificuldade em responder a mais de um estímulo de cada vez, tal como participar de uma conversa com várias pessoas ao mesmo tempo.

Os sintomas e comprometimentos acima mencionados devem ser evidentes por pelo menos 6 (seis) meses para que um diagnóstico clínico confiável de demência seja feito (1,4).

O diagnóstico de doença de Alzheimer é um processo de exclusão.

3.1 Critérios para o diagnóstico clínico de provável doença de Alzheimer (4,6)

3.1.1 presença de demência estabelecida por teste objetivo;

3.1.2 prejuízo da memória e de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem ou percepção, por exemplo);

3.1.3 piora progressiva da sintomatologia;

3.1.4 ausência de distúrbio do nível de consciência;

3.1.5 início entre 40 e 90 anos de idade, mas mais frequentemente após os 65 anos;

3.1.6 ausência de distúrbios sistêmicos e/ou outra doença do SNC que poderiam acarretar déficit cognitivo progressivo (demência), como, por exemplo, hipotireoidismo.

3.1.7 O diagnóstico provável é apoiado por:

a) deterioração progressiva de funções cognitivas como linguagem (afasia), habilidades motoras (apraxias) e percepção (agnosias);

b) atividades do dia-a-dia prejudicadas e padrão de comportamento alterado;

c) história familiar de “demência”, particularmente se confirmada por exame anatomo-patológico;

d) exames complementares normais (EEG, TCC, RM) ou com alterações inespecíficas (ex.: EEG com lentificação, TCC com atrofia difusa);

e) evidência documentada de progressão da atrofia cerebral.

3.1.8 Outros achados clínicos consistentes com provável DA, após exclusão de outras causas de demência:

a) platô no curso da doença;

b) sintomas associados de depressão, insônia, incontinência, ilusões, surtos de descontrole (verbal, emocional ou física), mudanças no comportamento sexual, e perda de peso;

Aparecimento de outras alterações neurológicas em fase avançada da doença (alterações motoras como aumento do tônus muscular, alterações da marcha, entre outras).

3.2 Critérios para diagnóstico de possível DA (4,6)

3.2.1 Feito com base na síndrome demencial, na ausência de outras alterações neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas, suficientes para produzir demência mesmo que em presença de variações de apresentação do início ou do curso clínico;

3.2.2 Pode ser feito na presença de uma segunda alteração sistêmica ou cerebral suficiente para produzir demência, mas não considerada causa do quadro demencial presente;

3.2.3 Pode ser usado em investigações, quando um único e gradual déficit cognitivo severo é documentado na ausência de outras causas identificáveis.

3.3 Critérios para diagnóstico de doença de Alzheimer definitiva(4,6)

3.3.1 Preenchimento dos critérios de provável DA com comprovação por histopatologia de tecido cerebral por biópsia ou autópsia.

Achados que tornam o diagnóstico de DA improvável ou incerto:

a) início súbito;

b) achados neurológicos focais como hemiparesia, alterações de sensibilidade e dos campos visuais, sinais cerebelares, crises convulsivas, entre outras, no início da doença ou muito precoces no curso da doença.

Em até 10 a 15% dos casos, a demência da doença de Alzheimer pode coexistir com demência vascular.

4. Diagnóstico Laboratorial

Não existem exames que confirmem o diagnóstico de doença de Alzheimer, pois até agora isso só ocorre por biópsia cerebral ou necrópsia (autópsia).

Os exames complementares servem para a exclusão de condições que poderiam provocar demência que não a doença de Alzheimer.

No entanto, utilizando-se os critérios padronizados a correlação (acurácia) entre o diagnóstico clínico provável para doença de Alzheimer com os achados de biópsia/autópsia alcança 80-90% (7).

A inclusão de pacientes com início de doença mais cedo diminui a acurácia. Instrumentos padronizados são de auxílio fundamental como o Mini-exame do Estado Mental (4) e a Escala Clínica de Avaliação de Demência (*Clinical Dementia Rating Scale – CDR*).

5. Exames Subsidiários Exigidos

Mini-exame do Estado Mental e Escala Clínica de Avaliação de Demência realizado pelo médico prescritor; avaliação por um comitê de especialistas a ser instituído pelo gestor estadual.

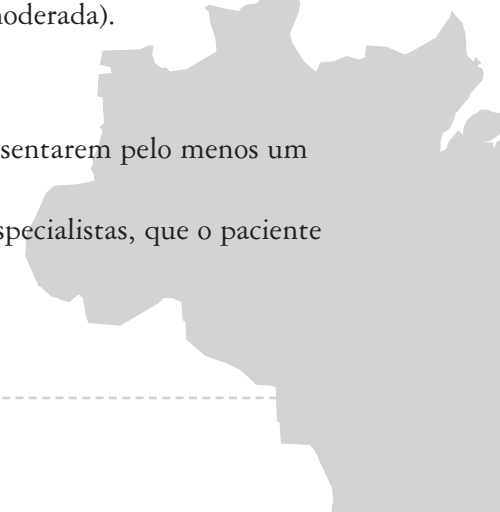
6. Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento


Ter sido avaliado por um neurologista e/ou psiquiatra e/ou geriatra; preencher os critérios clínicos de demência por doença de Alzheimer possível ou provável; apresentar Mini-Exame do Estado Mental com escore entre 12 e 24 (8) para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade e entre 8 e 17 para pacientes com até 4 anos de estudo e Escala CRD 1 ou 2 (demência leve ou moderada).

7. Critérios de Exclusão do Protocolo de Tratamento

Não serão incluídos neste Protocolo de tratamento pacientes que apresentarem pelo menos um dos itens abaixo:

- avaliação, por parte do médico assistente e/ou do comitê de especialistas, que o paciente apresentará má aderência ao tratamento;



- 
- evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultâneas não compensadas;
 - insuficiência cardíaca grave ou arritmia cardíaca;
 - síndrome parkinsoniana (doença de Parkinson ou síndrome parkinsoniana);
 - diarreia;
 - doença péptica sem resposta ao tratamento.

8. Centros de Referência

O diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores da doença de Alzheimer deverá se dar nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, definidos pela Portaria GM/MS n.º 702 e Portaria SAS/MS n.º 249, ambas, de 12 de abril de 2002.

A aquisição dos medicamentos previstos neste Protocolo é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, em conformidade com o Programa de Medicamentos Excepcionais.

A dispensação poderá ocorrer na própria Secretaria de Saúde ou, a critério do gestor estadual, nos Centros de Referência. Nesse último caso, deve ser celebrado um acordo operacional entre a Secretaria de Saúde do estado e o Centro de Referência, e, estabelecidos mecanismos de avaliação, acompanhamento e controle.

Para a manutenção da dispensação dos medicamentos, os pacientes incluídos no programa deverão ser reavaliados 3 a 4 meses após o início do tratamento e, depois disso, a cada 4 a 6 meses, conforme estabelecido nos itens 9.2 e 9.3 deste Protocolo.

9. Tratamento

9.1 Fármacos e dose

Os medicamentos abaixo poderão ser utilizados. Não serão permitidas associações entre estes fármacos.

9.1.1 Rivastigmina: Início com 1,5mg, duas vezes ao dia com aumento gradual de até 6mg, duas vezes ao dia (8,10,12-20)

9.1.2 Galantamina: Início com 5 a 8mg ao dia, com aumento gradual de até 24 a 25mg ao dia (8,10,21-24)

9.1.3 Donepezil: dose inicial de 5mg ao dia, podendo ser aumentada para 10mg ao dia não havendo resposta em algumas semanas (8-11)

9.2 Critérios de Interrupção de Tratamento

O tratamento deve ser suspenso em três situações distintas (8):

- a) após 3 a 4 meses do início do tratamento o paciente deverá ser reavaliado; não havendo melhora ou estabilização da deterioração do quadro, o tratamento deve ser suspenso por falta de benefício;
- b) mesmo que em tratamento continuado, este deve ser mantido apenas enquanto o Mini-exame de Estado Mental estiver acima de 12 para pacientes com mais de quatro anos de escolaridade e acima de oito para pacientes com menos de quatro anos de estudo, abaixo do que não existe nenhuma evidência de benefício da medicação e esta deve ser suspensa; de forma semelhante, somente deve ser mantido em tratamento pacientes com Escala CDR igual ou inferior a 2;
- c) intolerância da medicação.

9.3 Monitorização

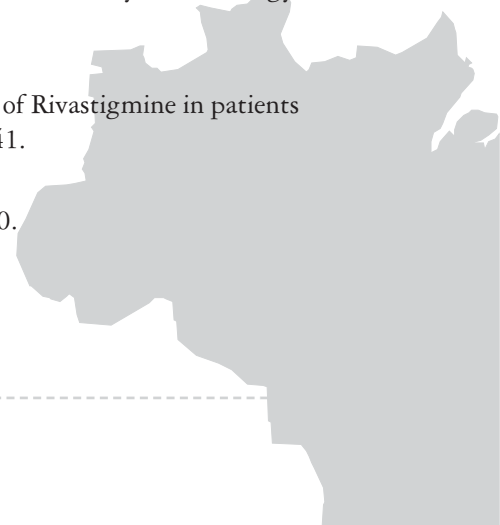
Três a quatro meses após o início do tratamento o paciente deve fazer uma reavaliação no Centro de Referência. Após este período, as reavaliações nos Centros de Referência devem ocorrer a cada 4 a 6 meses, para avaliar o benefício e a necessidade de continuidade do tratamento através de avaliação clínica e realização do Mini-exame do Estado Mental e da Escala CDR.

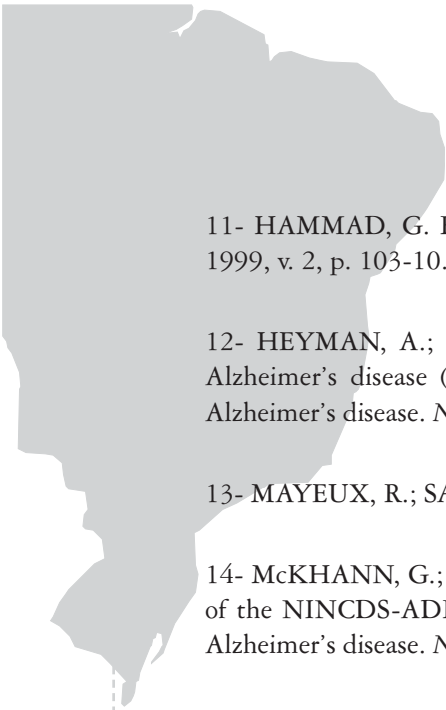
10. Consentimento Informado

É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento de demência por doença de Alzheimer, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, de acordo com o medicamento utilizado, conforme o modelo integrante deste Protocolo.

11. Referências Bibliográficas

- 01- ANAND, R.; GHARABAW, G. Clinical Development of Exelonth (ENA-713): the ADENA® programme. *J Drug Dev Clin Pract*, 1996, v. 8, p. 9-14.
- 02- ANAND, R.; GHARABAW, G.; ENZ, A. Efficacy and safety results of the early phase studies with Exelonth (ENA-713) in Alzheimer's disease: an overview. *J Drug Dev Clin Pract*, 1996, p. 8:1-8.
- 03- BALADI, J. F.; BAILEY, P. A. B.; BLACK, S. et al. Rivastigmine for Alzheimer's disease: Canadian interpretation of intermediate outcomes measures and cost implications. *Clin Ther*, 2000, v. 22, p. 1549-61.
- 04- BIRKS, J.; GRIMLEY, Evans J.; IAKAVIDOU, V. et al. Rivastigmine for Alzheimer's disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Uptodate Software.
- 05- BIRKS, J.; MELZER, D.; BEPPU, H. Donepezil for mild and moderate Alzheimer's disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Uptodate Software.
- 06- CLASSIFICAÇÃO de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 07- COREY-BLOOM, J.; ANAND, R.; VEACH, J. For the ENA 713 B352 Study Group. A randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA 713 (rivastigmine tartrate), a new acetyl cholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychopharmacology*, 1998, v. 1, p. 55-65.
- 08- DOODY, R. S.; STEVENS, J. C.; BECK, C. et al. Practice parameter: Management of Dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2001, v. 56, p. 1154-66.
- 09- FARLOW, M.; ANAND, R.; MESSINA, J. et al. A 52-week study of the efficacy of Rivastigmine in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. *Eur Neurol*, 2000, v. 44, p. 236-41.
- 10- HAMDY, R. C. Management of Alzheimer's disease. *Clin Ver Fall*, 1999, p. 26-30.





11- HAMMAD, G. Rivastigmine: real hopes for clinical treatment of Alzheimer's dementia. *J Clin Research*, 1999, v. 2, p. 103-10.

12- HEYMAN, A.; PETERSON, B.; FILLENBAUM, G et al. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD) Part XIV: demographic and clinical predictors of survival in patients with Alzheimer's disease. *Neurology*, 1996, v. 46, p. 656-660.

13- MAYEUX, R.; SANO, M. Treatment of Alzheimer's disease. *N Engl J Med*, 1999, v. 341, p. 1670-79.

14- MCKHANN, G.; DRACHMAN, D.; FOLSTEIN, M. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology*, 1984, v. 34, p. 939-944.

15- NAGY, Z.; ESIRI, M. M.; HINDLEY, N. J. et al. Accuracy of clinical operational diagnostic criteria for Alzheimer's disease in relation to different pathological diagnostic protocols. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 1998, Jul-Aug, v.9, n. 4, p. 219-26.

16- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. Guideline on the use of Donepezil, Rivastigmine and Galantamine for the treatment of Alzheimer's disease. *Technology Appraisal Guidance*, n. 19, January 2001.

17- O'BRIAN, J. T.; BALLARD, C. G. Drugs for Alzheimer's disease. *BMJ*, 2001, v. 323, p. 123-4.

18- RASKIND, M. A.; PESKIND, E. R.; WESSEL, T et al. And the Galantamine USA-1 Study Group. Galantamine in AD – a 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. *Neurology*, 2000, v. 54, p. 2261-8.

19- RÖSLER, M.; ANAND, R.; CICIN-SAIN, A. et al. On the behalf of the B303 Exelon Study Group. Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: international randomized controlled trial. *BMJ*, 1999, v. 318, p. 633-40.

20- RÖSLER, M.; RETZ, W.; RETZ-JUNGINGER, P. et al. Effects of two-year treatment with the cholinesterase inhibitor rivastigmine on behavioral symptoms in Alzheimer's disease. *Behavioural Neurology*, 1998/1999, v. 11, p. 211-16.

21- SCOTT, L. J.; GOA, K. L. Galantamina: Revisão da sua utilização na doença de Alzheimer. *Drugs*, 2000, v. 60, n. 5, p. 1095-1122.

22- TARIOT, P. N.; SOLOMON, P. R.; MORRIS, J. C. et al. And the Galantamine USA-10 Study Group. A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. *Neurology*, 2000, v. 54, p. 2269-76.

23- WILCOCK, G. K.; LLIANFELD, S.; GAENS, E. On behalf of the Galantamine International – 1 Study Group. Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*, 2000, v. 321, p. 1-7.

24- WOFSON, C.; WOLFSON, D. B.; ASGHARIAN, M. et al. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl J Méd*, 2001, v. 344, p. 1111-16.

Termo de Consentimento Informado Rivastigmina, Galantamina, Donepezil

Eu _____ (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento _____ para o tratamento de demência por doença de Alzheimer.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo, caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso, também, minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que os medicamentos podem trazer os seguintes benefícios:

- redução na velocidade de progressão da doença;
- melhora da memória e da atenção.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- medicações classificadas na gestação como:
 - fator de risco C (significa que risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos): **donepezil**;
 - fator de risco B (significa que risco para o bebê é muito improvável): **galantamina e rivastigmina**;
 - risco de ocorrência dos seguintes efeitos colaterais:
 - Donepezil: *freqüentes*: dor de cabeça, náuseas e diarreia; *menos freqüentes*: síncope, dor no peito, fadiga, insônia, tonturas, depressão, pesadelos, sonolência, perda do apetite, vômitos, perda de peso, aumento da frequência urinária, espasmos musculares, artrite e dores pelo corpo;
 - Galantamina: *freqüentes*: náuseas, vômitos, diarreia; *menos freqüentes*: diminuição da frequência de batidas do coração, desmaios, dor no peito, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia, sonolência, tremor, perda do apetite, emagrecimento, dor abdominal, azia e outros sinais de irritação gástrica, gases, infecções urinárias, incontinência, anemia, rinite; *raros*: são descritas as ocorrências de apatia, fibrilação atrial, bloqueio atrio-ventricular, convulsão, delírio, diverticulite, gastrite, gastroenterite, insuficiência cardíaca, aumento da glicose no sangue, pressão baixa, aumento de desejo sexual, sangue nas fezes, palpitação, boca seca, aumento de salivacão, vertigem, cálculo renal, retenção urinária.
 - Rivastigmina: *freqüentes*: tonturas, dor de cabeça, náuseas, vômitos, diarreia, perda do apetite, dor abdominal; *menos freqüentes*: desmaios, pressão alta, cansaço, insônia, sonolência, confusão, depressão, ansiedade, tontura, alucinação, agressividade, azia e sintomas de irritação gástrica, prisão de ventre, gases, perda de peso, arrotos, infecções urinárias, fraqueza muscular, tremores, rinite.

Estou ciente da necessidade de comparecer às consultas periódicas conforme agendadas e a realizar os exames e avaliações solicitadas pelo médico.

Estou ciente, também, de que posso suspender este tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

donepezil () galantamina () rivastigmina ()

Paciente:

Documento de Identidade:

Sexo: Masculino () Feminino () Idade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Cep: _____

Telefone: () _____

Responsável legal (quando for o caso):

Documento de Identidade do responsável legal:

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Médico Responsável:

CRM: _____ UF: _____

Endereço:

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: () _____

Assinatura e carimbo do médico

Data:

- Obs.:**
1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
 2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Revisão, normalização, editoração, impressão, acabamento e expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefones: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília – DF, dezembro de 2002
OS 0040/2003