



CAMPO GRANDE
PREFEITURA

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

**Manual do residente de Medicina de Família e Comunidade, a
elaboração do capítulo: Atenção à saúde da pessoa idosa**

Campo Grande

2022

Juliana Marques Benedito

**Manual do residente de Medicina de Família e Comunidade, a
elaboração do capítulo: Atenção à saúde da pessoa idosa**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador (a) (es): Janine Cristina Gonçalves Grigoli, Médica de Família e Comunidade.

Campo Grande

2022

RESUMO

BENEDITO, Juliana Marques. GRIGOLI, Janine Cristina Gonçalves. **Elaboração de capítulo para o livro manual de residência do MFC: Atenção à saúde da pessoa idosa.** Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

A população mundial de idosos, segue em uma constante crescente, fato que faz com que os serviços de saúde necessitem de melhor preparação para o acolhimento dessa população. O presente trabalho tem como objetivo descrever o processo de elaboração do capítulo Atenção à Saúde do Idoso escrito como parte do Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade. Para elaboração do capítulo, foi realizada revisão bibliográfica em livros, cartilhas e materiais pertinentes ao tema dentro da lógica da APS, bem como busca de artigos e informações atualizadas nos portais: PubMed e Scielo. Os resultados encontrados, foram compilados, resumidos e redesenhados para uma otimização didática do tema. Espera-se que este trabalho possa ajudar na atualização, preparação e fomentar a formação continuada dos médicos de família e comunidade para que estejam preparados para o bom cuidado da saúde da pessoa idosa.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Atenção integral à saúde do idoso. Acesso à informação de saúde.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Sistema GRADE.....	17
Tabela 2 - Alterações fisiológica do envelhecimento e considerações na prescrição medicamentosa.....	17
Tabela 3 - Comparativo de atividades básicas e instrumentais.....	19
Tabela 4 - Resumo da avaliação multidimensional do idoso.....	20
Tabela 5 - Causas agudas de disfunção urinária	21
Tabela 6 - Causas crônicas de disfunção urinária	22
Tabela 7 - Resumo do tratamento de disfunções urinárias	23
Tabela 8 - Situações para encaminhamento do paciente com disfunção urinária ...	23
Tabela 9 - Resumo do tratamento medicamentoso em disfunções urinárias.....	23
Tabela 10 - Geriatric Depression Scale (GDS-15)	24
Tabela 11 - Comparativo entre depressão, demência e delirium	25
Tabela 12 - Tabela resumo de situações de promoção e prevenção em saúde para a pessoa idosa	26
Figura 1 - VES-13	28
Figura 2 - Fluxo baseado em ferramentas clínicas proposto para atendimento à pessoa idosa na APS	29
Figura 3 - Mini exame do estado mental	30

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA.....	06
3 HIPÓTES	06
4 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	06
5 OBJETIVOS SECUNDÁRIO	06
6 MÉTODOS	07
7 RESULTADOS	07
7.1 Atenção à saúde da pessoa idosa.....	07
7.2 O envelhecer	08
7.3 A avaliação multidimensional do idoso na APS	08
7.3.1 A avaliação visual	09
7.3.2 A avaliação da audição	09
7.3.3 Nutrição	10
7.3.4 Cognição e humor	10
7.3.5 Sistema motor	11
7.3.6 Geniturinário e sexualidade	11
7.3.7 Funcionalidade e suporte social	12
7.4 O idoso frágil na APS	12
7.5 As condições clínicas mais frequentes no idoso	13
7.5.1 Problemas de mobilidade e quedas	13
7.5.2 Disfunções genito-urinárias	14
7.5.3 Síndromes demenciais e síndromes depressiva	15
7.6 Promoção e prevenção de saúde para a pessoa idosa	16
8 Anexo 1: Tabelas e figuras	17
9 DISCUSSÃO	32
10 CONCLUSÃO.....	33
11 REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

De forma a nortear habilidades indispensáveis ao Médico de Família e Comunidade (MFC) a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) disponibiliza um Currículo baseado em competências (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015), documento onde são elencados: Pré requisitos, Habilidades Essenciais, Habilidades desejadas e Habilidades Avançadas ao especialista em MFC para manejar as mais diversas demandas presentes em seu cotidiano. Visando otimizar meios de divulgação do documento, das habilidades descritas, e orientações para o seu desenvolvimento, parte integrantes da turma de residentes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade SESAUFiocruz, de Campo Grande - MS, turma de 2021-2023 optou pela elaboração de um Manual do Residente de MFC em seu trabalho de conclusão de curso, sendo o presente trabalho parte integrante deste projeto.

Neste trabalho, o tema escolhido foi: A atenção à saúde da pessoa idosa. A escolha foi feita uma vez que dentro das dinâmicas populacionais, o envelhecimento da população mundial é um processo que está em andamento. E, a transição demográfica, já ocorre também no Brasil e implica num aumento expressivo da parcela de pessoas idosas no total da população (DIAS; COSTA; LACERDA, 2006).

Múltiplos fatores relacionados à organização da sociedade, e fatores econômicos surgem como consequência desta transição, indicando necessidade de adaptação de diferentes instrumentos e sistemas sociais, como por exemplo o padrão de consumo, e consequentemente produção (ZANON; MORETTO; RODRIGUES, 2016). E, no mesmo padrão de mudanças, se encontra a organização da oferta de serviços de saúde.

Sendo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) por suas vez, sente as consequências deste processo nos seus mais diversos níveis de complexidade. A Atenção primária à saúde (APS), como a principal porta de entrada ao SUS, é também afetada por tais mudanças. Nessa faixa etária da população, as doenças são frequentemente crônicas, múltiplas e necessitam acompanhamento constante (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Tal fato exige que os profissionais da APS estejam cada vez melhor capacitados a ofertar o cuidado adequado para as demandas apresentadas pelo público dessa faixa etária.

Por meio desta reflexão, o tema do trabalho foi escolhido visando a divulgação de conhecimentos e ferramentas clínicas, que possam efetivamente auxiliar os profissionais no desenvolvimento das habilidades essenciais de atenção à saúde da pessoa idosa.

2. QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como melhorar o cuidado em saúde da pessoa idosa no contexto da atenção primária à saúde em Campo Grande-MS?

3. HIPÓTESE

A utilização de um guia, construído como capítulo do livro Manual do Residente de MFC, como forma de otimizar o atendimento e cuidado em saúde da pessoa idosa na APS.

4. OBJETIVO PRIMÁRIO

Auxiliar os profissionais da APS no entendimento, desenvolvimento e na prática de habilidades relacionadas a aplicação das competências essenciais, de assistência à saúde da pessoa idosa, por meio da elaboração do capítulo: Atenção à saúde da pessoa idosa. Parte do livro Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade, produzido por residentes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade SESAUFiocruz, de Campo Grande - MS, turma de 2021-2023.

5. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Auxiliar os profissionais médicos da APS no segmento de saúde dos pacientes idosos;

2. Divulgar informações, ferramentas e métodos que possibilitem a melhoria da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa na APS.

6. MÉTODOS

Os temas selecionados para a composição do manual que o capítulo, neste trabalho elaborado, constitui foram escolhidos conforme o Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade preconizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), sendo o foco do presente material auxiliar no desenvolvimento das habilidades elencadas como “essenciais” pelo Currículo da SBMFC.

Os conteúdos empenhados foram elencados em reuniões presenciais, em que participaram residentes e preceptores envolvidos na produção do material. Para elaboração deste capítulo foi realizada revisão bibliográfica de publicações disponíveis nas plataformas PubMed e Scielo, buscadas por meio dos descritores “Atenção primária” e “saúde do idoso”. As buscas ocorreram entre Maio e Novembro de 2022, e foram priorizados os artigos mais recentes na inclusão, sem critério de exclusão estabelecido. Ademais foi realizada revisão bibliográfica de livros que são referência na prática clínica da APS como o Tratado de Medicina de Família e Comunidade e o livro Medicina Ambulatorial, bem como revisão de cartilhas e manuais disponibilizado pelo Ministério da Saúde e Governo Federal relacionados à prática clínica médica, em atenção primária, sobre o assunto escolhido.

7. RESULTADOS

7.1. Atenção à saúde da pessoa idosa

A transição demográfica, reflexo das mudanças sociais ocorridas no século XX, e processo consolidado no Brasil desde o início do presente século, representa grande transformação organizacional na estrutura da sociedade, sendo fator desafiador para os campos de assistência à população, em especial a área da

saúde (DIAS; COSTA; LACERDA, 2006).

Tal mudança, faz com que o Sistema Único de Saúde (SUS) precise estar preparado para atender demandas mais intensas da porção que se expande na pirâmide etária: as pessoas idosas. Como porta de entrada do SUS, cabe à Atenção Primária à Saúde (APS), e a seus profissionais, a capacitação, atualização e aprimoração de boas práticas direcionadas a tal parcela populacional. Sendo assim, o uso de instrumentos e recursos abordados neste capítulo visa o melhor manejo clínico e otimização do seguimento em saúde, e por conseguinte qualidade de vida, da pessoa idosa. Ademais, ao longo do capítulo também poderão ser encontradas recomendações que utilizam o sistema GRADE (*Grade of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) que qualifica os resultados científicos em níveis, guiando a prática terapêutica (DUNCAN et al, 2022) (Anexo 1 - Tabela 1).

7.2 O envelhecer.

O processo de envelhecimento, representa mudanças diversas. Tanto em aparelhos orgânicos, que impactam diretamente na qualidade de vida do indivíduo, quanto em mudanças que englobam a esfera social, e familiar.

Quando ocorre de forma natural e fisiológica, o processo de envelhecimento e as mudanças por ele acarretadas recebem o nome de senescência. Porém, quando o envelhecimento acontece de forma patológica, a somatória resultante de tais mudanças recebe o nome de senilidade. (BRASIL, 2007)

As mudanças, sejam elas em sistemas orgânicos ou sociais, exigem adaptações que possibilitem não só tratar os sintomas e percalços manifestados na trajetória do envelhecer bem como prevenir maiores danos. As principais mudanças orgânicas do processo e considerações a serem realizadas no cotidiano de prescrições para o público idoso, podem ser resumidas pelo Anexo 1 - Tabela 2.

7.3 A avaliação multidimensional do idoso APS.

A Avaliação multidimensional do idoso, na APS é uma ferramenta que quando adequadamente realizada transmite um panorama situacional sobre o estado geral do paciente idoso, sua qualidade de vida e estado funcional (BRASIL, 2007).

Tal recurso, permite que a equipe multiprofissional possa atuar de modo a direcionar o cuidado para com a pessoa idosa de forma individual, otimizando aspectos de menor vulnerabilidade e fortalecendo as mazelas que acometem o paciente, seja tratando ou - principalmente - prevenindo complicações. A Avaliação geriátrica multidimensional delimita, portanto, quais os principais pontos de saúde que merecem maior atenção e cuidado no indivíduo, e a partir destes o tratamento, e o seguimento (DUNCAN et al, 2022). Para fins didáticos, a avaliação multidimensional do idoso será apresentada de forma crânio caudal ao longo do capítulo, e encontra-se didaticamente organizada em resumo no Anexo 1 - Tabela 4.

7.3.1 A avaliação visual:

A avaliação da visão, ocorre por meio de perguntas diretas sobre o cotidiano do idoso. Deve-se, portanto, questionar diretamente sobre dificuldade em ler, assistir televisão, dirigir e executar atividades cotidianas (DUNCAN et al, 2022). A Tabela de Snellen pode ser usada para avaliação e escolha de prioridade no encaminhamento ao oftalmologista.

7.3.2 A avaliação da audição:

Assim como a visão, devem ser realizados questionamentos diretos ao paciente (Você tem dificuldade de audição que prejudique as conversas?). Pode ser realizado também o “whisper test” (BRASIL, 2007).

O aparelho auditivo quando necessário e utilizado no tratamento evidenciou melhoras na qualidade em idosos , sendo a indicação de avaliação com especialista focal, de suma importância nesses casos. (SILVA; ALMEIDA, 2016)

Como realizar o “whisper test” ou teste do sussurro?

1° passo: Posicione-se fora do campo visual da pessoa a ser examinada;

2° passo: A uma distância de 33 centímetros do ouvido do examinado, pergunte uma questão simples (Qual o seu nome?);

3° Se ausência de resposta, proceder com avaliação física do conduto auditivo (Otoscopia). Assim que descartadas outras causas para déficit auditivo (por exemplo rolha de cerúmen) realizar encaminhamento para especialista focal e realização de audiometria (Conforme fluxo de APS local) (DUNCAN et al, 2022).

7.3.3 Nutrição

Na avaliação de Nutrição são realizados questionamentos diretos sobre apetite, dificuldade de alimentação, deglutição e perda de peso recente (Caso houver, estimar porcentagem da perda em relação ao peso anterior). Além disso, são realizadas medidas objetivas de peso e estatura (DUNCAN et al, 2022).

7.3.4 Cognição e humor

A cognição nos idosos deve ser triada na avaliação multidimensional pedindo que o paciente memorize três palavras. repita as palavras, uma a uma, peça que o paciente memorize e em seguida prossiga com a avaliação. Após avaliar o sistema subsequente, peça que o paciente repita as três palavras memorizadas. (DUNCAN et al, 2022). Caso o paciente não seja capaz de retomar as palavras, teste mais específicos devem ser aplicados.

A triagem cognitiva, não possui evidências (Anexo 1 - Tabela 1) que indiquem sua realização rotineiramente em todos os pacientes, mas pode ser indicada em caso de situações, observadas pelo profissional assistente ou familiares, que demonstrem dificuldades importantes relacionadas à cognição (UNITED STATES PREVENTIVE SERVICE TASK FORCE, 2020).

A depressão, por sua vez, deve ser rotineiramente triada sendo nível de evidência B (Anexo 1 - Tabela 1) (UNITED STATES PREVENTIVE SERVICE TASK FORCE, 2016).

Para os idosos, tal triagem pode ser realizada com duas perguntas:

1º Você se sente triste ou desanimado frequentemente?

2º Você tem apresentado menor interesse ou prazer em realizar atividades do dia a dia?

Em caso de respostas afirmativas nas perguntas de triagem, a investigação de depressão deve prosseguir (DUNCAN et al, 2022).

7.3.5 Sistema motor

Para a triagem de problemas motores durante a Avaliação Global da Pessoa idosa, utilizamos testes que envolvem funções simples dos membros superiores e inferiores. Para membros superiores avaliamos a mobilidade geral solicitando que o paciente coloque as duas mãos simultaneamente na parte posterior da cabeça, tocando a nuca. E, para testar o movimento da pinça, solicitamos que retire um lápis de cima de uma superfície plana - como de uma mesa - e posteriormente o coloque de volta. Caso ambos os movimentos sejam realizados, o paciente provavelmente tem boa função distal e proximal de membros superiores (DUNCAN et al, 2022).

Já no teste de membros inferiores devemos observar a habilidade do paciente em levantar-se, sentar-se e sua marcha. No teste o paciente deve levantar de sua cadeira, caminhar por três metros, realizar meia volta e sentar na cadeira novamente sem auxílio. São sinais indicativos de disfunção: perda do equilíbrio, mobilidade inadequada do tronco ou morosidade no percurso (DUNCAN et al, 2022).

Por fim, devem ser realizadas perguntas diretas sobre o risco de queda, realizando posteriormente orientações sobre condições do ambiente residencial que podem aumentar risco de quedas como: tapetes soltos, dificuldade de iluminação, degraus irregulares, fios no chão, piso escorregadio, cadeiras/assentos sanitários/camas muito baixas, dentre outros fatores. Caso constatadas a presença de outras condições favoráveis ao aumento do risco de quedas, orientações para correção devem ser realizadas rotineiramente (BRASIL, 2007).

7.3.6 Geniturinário e sexualidade

Na avaliação multidimensional, as questões sobre perda de urina também devem ser diretas, questionando sobre frequência de perda de urina e, caso ocorra, se representa incômodo ao indivíduo.

A sexualidade, embora não englobada na Avaliação multidimensional, também deve ser questionada. Em estudos, a manutenção da vida sexual ativa foi identificada como preditor importante de envelhecimento saudável (STULHOFER, 2018). Deve ser realizada também o aconselhamento sobre infecções sexualmente transmissíveis, em caso de identificação do risco aumentado de exposição a tais

doenças sendo nível de evidência B (Anexo 1 - Tabela 1) (UNITED STATES PREVENTIVE SERVICE TASK FORCE, 2020).

7.3.7 Funcionalidade suporte social

A funcionalidade da pessoa idosa pode ser brevemente triada por meio de perguntas diretas sobre sua habilidade de sair da cama, vestir-se e fazer, preparar refeições e fazer compras sem auxílio. Caso na triagem sejam identificadas dificuldades, escalas complementares como a de Katz e Lawton devem ser aplicadas (BRASIL, 2007).

Tais escalas, definem o grau de autonomia do idoso na prática de atividades Básicas e Fundamentais de vida diária, permitindo a identificação de fragilidades e o fortalecimento de componentes que corroborem com a melhora da qualidade de vida do indivíduo e previnam complicações (Anexo 1 - Tabela 3).

O suporte social, por fim, é fator protetor e deve ser ativamente questionado. Ademais, é importante avaliar o número de cuidadores envolvidos com o paciente a sobrecarga dos mesmos, auxiliando a família no processo de coordenação do cuidado da pessoa idosa a partir da avaliação multidimensional.

7.4 O idoso frágil na APS

A avaliação multidimensional do idoso (Anexo 1 - Tabela 3) quando realizada na APS, permite a percepção de possíveis fatores que indiquem uma síndrome da fragilidade na pessoa idosa. Apesar de seu grande valor, existem outras ferramentas elaboradas para identificação de idosos frágeis, que podem ser adaptadas também à rotina da APS.

Apesar de controverso na literatura, o conceito de fragilidade pode ser melhor entendido como alterações clínicas, não uniformes e distintas de doença, que surge durante o envelhecimento sendo resultante do déficit de múltiplos sistemas. Cursando com alterações homeostáticas e progredindo com declínio funcional do indivíduo. A fragilidade, apresenta porém potencial de não apenas tratável como também passível de ser prevenida (ANDRADE et al, 2012).

Sendo assim, o idoso frágil deve ser antes de tudo identificado. É neste contexto que o Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) torna-se uma importante ferramenta na APS (MAIA et al, 2012). Diferentemente da Avaliação multidimensional do idoso o VES-13 (Anexo 1 - Figura 1) pode ser aplicado por qualquer membro da equipe de saúde, sendo uma ferramenta de screening bastante adaptável, o material está também disponível na Caderneta da Pessoa Idosa (BRASIL, 2020).

Outro instrumento, que auxilia na identificação de idosos frágeis é o índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-2), que mostrou alto grau de validade e confiabilidade como instrumento de triagem rápida para idosos vulneráveis na APS (MORAES et al, 2016). Tal questionário pode ser aplicado por profissionais da equipe ou até mesmo familiares dos pacientes desde que capacitados.

Considerando, portanto, a disponibilidade de ferramentas e o desafio de otimizar sua aplicabilidade dentro da dinâmica da APS foi elaborado o “Fluxo de atenção ao idoso na rede de atenção primária à saúde” (Anexo 1 - Figura 2) que consta no “Guia de Atenção à Saúde do idoso” (AMARAL; ALMEIDA 2021). Tal instrumento visa a integração das ferramentas supracitadas, e a consolidação de sua aplicabilidade dentro do funcionamento das equipes da APS de forma a integrar os instrumentos de triagem e a otimizar o seguimento clínico de cada idoso avaliado e classificado.

7.5 As condições clínicas mais frequentes no idoso

7.5.1 Problemas de mobilidade e quedas

Devido a mudanças fisiológicas, e alterações na resposta neuromuscular a marcha da pessoa idosa apresenta, também, alterações como o encurtamento dos passos, e alterações no equilíbrio relacionadas a restrição de movimentos dos braços, sendo assim o idoso é mais propenso a quedas (BRASIL, 2007). Após a realização da avaliação multidimensional do idoso, em caso de detecção de dificuldade de mobilidade, outros testes, de maior especificidade, devem ser aplicados em momento oportuno.

Em casos de identificação de problemas de mobilidade, deve-se buscar a realização do atendimento multiprofissional, envolvendo preferencialmente os profissionais da educação física e fisioterapeutas sempre que disponíveis. O benefício da prática de exercícios físicos pelos idosos é significativo, prevenindo quedas (DOURADO et al, 2022). Ademais, melhorando aspectos cognitivos e de qualidade de vida, atenuando a fragilidade quando presente (PILLATT; NIELSSON; SCHNEIDER, 2019).

Alguns exercícios diferentes dos convencionais, como por exemplo o *tai chi chuan*, mostraram ser também eficazes (ZHANG, 2022). Sendo que de forma geral os exercícios multimodais apresentam nível B de evidência (Anexo 1 - Tabela 1) na prevenção de quedas (UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018).

O profissional da saúde, deve estar atento para fatores que indicam alterações de mobilidade que podem estar relacionados a perda de funcionalidade e o risco de quedas. Estas, são grande adversidade para as pessoas idosas, uma vez que estão relacionadas a possíveis sequelas e necessidade de tratamento e restrição funcional periódica, ou até mesmo permanente (DUNCAN et al, 2022).

7.5.2 Disfunções genito-urinárias

A incontinência urinária é definida pela Sociedade Internacional de Incontinência Urinária como uma condição em que a perda involuntária de urina é um problema social ou higiênico e é objetivamente demonstrado (REIS et al, 2003).

Apesar de ocorrer em qualquer idade, é uma disfunção cuja prevalência aumenta ao longo dos anos de vida (KHANDELWAL; KISTLER, 2013). Na prática clínica não costuma ser relatada a não ser que seja diretamente investigada (BRASIL, 2007). Caso a queixa seja identificada na avaliação multidimensional, deve receber investigação complementar. Primeiramente, na pessoa idosa, é necessário diferenciar se a incontinência urinária é aguda (temporárias) ou crônica. As primeiras, frequentemente, são subclassificadas conforme o Anexo 1 - Tabela 5. Por sua vez, as causas crônicas são divididas conforme o Anexo 1 - Tabela 6.

O diagnóstico, se dá pelo somatório da definição de incontinência, história clínica, e exame físico (abdominal, genital, pélvico, retal e neurológico) (BRASIL, 2007).

O tratamento, por fim, exige medidas não-farmacológicas, farmacológicas, acompanhamento multiprofissional (Anexo 1 - Tabela 7), e por vezes encaminhamento ao especialista focal para possível tratamento cirúrgico (Anexo 1 - Tabela 8). As opções devem levar em consideração as doenças de base do paciente, e a causa específica da incontinência. Quando combinado o tratamento medicamentoso e treinamento vesical a melhora dos sintomas é mais afetiva quando optado apenas pelo treinamento vesical (DUNCAN, 2022)

As medidas farmacológicas visam o tratamento das doenças de base, e não apenas da incontinência como um sintoma. Sendo que, sempre que instituído tratamento farmacológico específico para a incontinência o paciente deve ser orientado e avaliado buscando possíveis efeitos colaterais relacionados aos fármacos utilizados, evitando assim a cascata iatrogênica (Anexo 1 - Tabela 9).

7.5.3 Síndromes demenciais e síndromes depressivas

Em pacientes idosos, demência e depressão são condições clínicas frequentes, que podem coexistir e cuja relação ainda não é completamente entendida (BENNETT; THOMAS, 2014).

Sempre que houver suspeição, as queixas relativas devem ser exploradas e a investigação mais específica deve ocorrer. O médico de família, também, deve ter em mente um terceiro diagnóstico diferencial: o delirium (GUSSO, 2019). Na demência, ocorre a perda progressiva das funções cognitivas e emocionais de uma pessoa, impactando assim sua relação com o mundo (BENNETT; THOMAS, 2014). As demências, são um grupo de doenças que podem ser subdivididas também em reversíveis, estáticas ou irreversíveis, sendo que seu tratamento varia conforme a causa base etiológica (DUNCAN et al, 2022). De forma geral, na suspeição de um quadro demencial o mini exame do estado mental pode ser utilizado (Anexo 1 - Figura 3).

As síndromes depressivas, por sua vez, podem ocorrer ocultadas por sintomas inicialmente julgados como demenciais, sendo que nem sempre a distinção entre depressão e demência é simples em pessoas idosas (DUNCAN et al, 2022). Por tal motivo, sempre que identificada a queixa de sintomas depressivos, deve ser aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (Anexo 1 - Tabela 10). O delirium, por fim, deve ser considerado como diagnóstico diferencial,

caracterizado por uma encefalopatia aguda reversível, é principalmente associado a causas infecciosas e cursa com sonolência, agitação e alterações do nível de consciência (DUNCAN et al, 2022). (Anexo 1 - Tabela 11)

7.6 Promoção e prevenção de saúde para a pessoa idosa.

Por fim, é válido ressaltar que na pessoa idosa, durante o cuidado de saúde é pertinente a abordagem de pontos de prevenção e promoção de saúde, sempre que possível. Tais medidas, devem ser incentivadas, e lembradas, de forma pertinente ao longo das consultas periódicas a fim de prevenir queda de funcionalidade, doenças oportunistas ou necessidade de atenção terciária em saúde para causas preveníveis (Anexo 1 - Tabela 12).

8 Anexo 1: Tabelas e figuras

Tabela 1 - Sistema GRADE

Qualidade da evidência	Nível de evidência	Significado
Alta	A	É esperado que novas pesquisas não alterem a evidência. A grande maioria de evidências com tal classificação é extraída de ensaios clínicos randomizados, sendo raramente extraídas de estudos observacionais cujo resultado não tem vieses na explicação.
Moderada	B	Provavelmente, tal grau de evidência não sofrerá alteração em pesquisas posteriores. As evidências classificadas neste nível são extraídas também de estudos clínicos randomizados, que podem ter limitações leves ou imprecisão de resultados
Baixa	C	Neste nível de evidência, é esperado que pesquisas posteriores possam exercer influência. Esta classificação é utilizada em informações extraídas de ensaios clínicos randomizados com muitas limitações e de estudos observacionais.
Muito Baixa	D	Qualquer estimativa sobre tais evidências é vista como incerta, e são classificados aqui estudos com problemas graves de metodologia, estudos observais não controlados e observações clínicas sem sistematização.

Fonte: Adaptado de DUNCAN et al, 2022. Medicina Ambulatorial, condutas de atenção primária baseada em evidências, vol1. (p 60)

Tabela 2 - Alterações fisiológica do envelhecimento e considerações na prescrição medicamentosa

Sistema	Alteração relacionadas envelhecimento	Considerações no momento de prescrição
Auditivo	Diminuição na discriminação sonora e percepção de fala; Diminuição de equilíbrio corporal;	Cuidados com fármacos hipotensores e que afetam sistema vestibular;

Visual	Diminuição de acuidade visual, adaptação claro-escuro e discriminação de cores;	----
Cerebral	Diminuição de volume médio de neurônios; Redução de neurotransmissores; Aparecimento de placas senis; Aumento de permeabilidade hemato-encefálica;	Maior exposição do sistema nervoso a fármacos; Maior risco de efeito colateral de medicações causando sedação indesejada ou discinesia;
Cardíaco	Diminuição de reflexos barorreceptores com tendência à hipotensão ortostática; Aumento de resistência vascular periférica por aumento de espessura de parede vascular;	Cuidado com fármacos hipotensores, que podem contribuir com piora e hipotensão ortostática propiciando quedas;
Pulmonar	Diminuição da complacência pulmonar, motilidade de muco e capacidade de difusão de gases respiratórios; Diminuição da força de músculos respiratórios, com tendência maior a fadiga; Menor sensibilidade a mudanças da concentração de O ₂ e CO ₂ no sangue;	Diminuição de resposta a medicação relacionada a receptores beta devido a queda na produção de AMP cíclico e consequente ativação de cascata intracelular;
Músculo esquelético	Diminuição de força e potência muscular com diminuição de músculo e aumento de tecido adiposo;; Diminuição de densidade óssea; Diminuição de elasticidade e amplitude de movimento causando adaptações de marcha e postura;	Alteração de disponibilidade de substâncias lipossolúveis (meia vida maior).
Digestório	Alteração de motilidade esofágica; Discreta diminuição de tempo de esvaziamento gástrico, acidez e diminuição de prostaglandinas; Diminuição de síntese de albumina;	Maior sensibilidade a substâncias que podem fazer lesão de mucosa gástrica por inibição de prostaglandinas; Aumento de biodisponibilidade dos fármacos

	Redução de massa hepática e fluxo sanguíneo hepático;	devido a menor concentração de albumina plasmática; Redução de efeito de primeira passagem (aumentando ou diminuindo a disponibilidade sérica de drogas).
Genitourinário	Redução da filtração glomerular; Menor capacidade da excreção urinária de sódio e potássio; Rigidez vesical por aumento da deposição de colágeno; Maior susceptibilidade a infecções devido a alterações vaginais e prostáticas;	Diminuição de depuração renal com maior circulação de metabólitos ativos; Maior risco de efeito anticolinérgico de retenção urinária;

Fonte: Adaptada de: CORDIOLI; GALOIS, ISOLAN, 2015. DUNCAN et al, 2022; Medicina ambulatorial, condutas baseadas em evidência para a atenção primária, vol1 (p 580). MANGONI; JACKSON, 2004 Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications.

Tabela 3 - Comparativo de atividades básicas e instrumentais

Atividades básicas de vida diária (ABVD)	Atividades instrumentais de vida diária (AIVD)
Tomar banho; Vestir-se; Alimentar-se; Continência esfincteriana.	Preparar a própria comida; Ir ao mercado; Cuidar das finanças; Usar o telefone; Tomar seus remédios adequadamente;
Avaliado pela escala de Katz.	Avaliado pela escala de Lawton.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2002. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa (p 151-153).

Tabela 4 - Resumo da avaliação multidimensional do idoso

<p>Atividades de vida diária: Perguntar: Sem auxílio você é capaz de? () Sair da cama () Vestir-se () Fazer compras () Prepara suas refeições</p>
<p>Mobilidade de Membros: O paciente é capaz de: Tocar a nuca com ambas as mãos? () Sim () Não Apanhar um lápis sobre a mesa e colocá-lo de volta? () Sim () Não Levantar-se da cadeira? () Sim () Não Caminhar 3,5 metros? () Sim () Não Voltar e sentar-se na cadeira? () Sim () Não</p>
<p>Risco de Quedas Perguntar: Você sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? () Sim () Não Se sim: Quantas vezes caiu? Consegui levantar sozinho? Houve lesão?</p>
<p>Cognição Solicitar que repita: Mesa - Maçã - Dinheiro (Pular para avaliação genitourinária e após 1-3 minutos solicitar evocação das palavras)</p>
<p>Humor Você se sente triste ou desanimado frequentemente?</p>
<p>Incontinência Você às vezes perde urina ou fica molhado? () Sim () Não Se sim: Quantas vezes? Isso causa algum constrangimento?</p>

<p>Nutrição Você percebeu diminuição de apetite ou teve dificuldade de se alimentar recentemente () Sim () Não Você tem dificuldade para engolir? () Sim () Não Perdeu peso nos últimos 6 meses? () Sim () Não Se sim, quantos quilos? Peso usual: Altura: Perda de peso > 5% do peso usual?</p>
<p>Visão Perguntar: Você tem alteração de visão que traga dificuldade para dirigir, assistir TV, ler ou fazer atividades da vida diária?</p>
<p>Audição Perguntar: Você tem alteração de audição que cause dificuldade para conversar, ouvir rádio ou TV? Se sim, realizar otoscopia verificando presença de cerúmen.</p>
<p>Suporte social Perguntar: Alguém pode ajudá-lo caso você fique doente ou incapacitado? Quem pode ajudá-lo ? Quem seria capaz de tomar decisões de saúde por você caso não possa fazê-lo?</p>

Fonte: Extraído de DUNCAN et al, 2022. Medicina Ambulatorial, condutas de atenção primária baseada em evidências (p 593)

Tabela 5 - Causas agudas de disfunção urinária

Origem	Sintoma	Causa
Endócrina	Dissúria, urgência miccional, noctúria.	Hiperglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos e alterações hormonais (menopausa)
Psicológica	Paciente que “não se importa com perda de urina”, sintomas urinários associados a quadros de alteração de humor.	Depressão e doenças que alteram nível de consciência/sensopercepção.

Farmacológica	Perda de resistência uretral, tenesmo vesical, poliúria.	Diuréticos, antagonistas alfa-adrenérgicos, cafeína.
Infecciosa	Urgência miccional e disúria.	Infecções do trato urinário.
Neurológica	Mecanismo que propicia perda de capacidade voluntária de contração do esfíncter ou fatores físicos que restringem o acesso ao banheiro no tempo adequado.	Geralmente associado a doença neurológica de base (Parkinson, doença vascular ou hidrocefalia de pressão normal), Delirium, redução de nível de consciência ou redução de mobilidade.
Constipação intestinal	Estímulo mecânico de receptores da uretra e bexiga pelo fekaloma.	Associado a fekaloma.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2007. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (p 93). KHANDELWAL; KISTLER, 2013. Diagnosis of urinary incontinence.

Tabela 6 - Causas crônicas de disfunção urinária

Tipos	Sintomas	Causas Comuns
Esforço	Perda não voluntária da diurese mais comumente associado a aumento da pressão intra abdominal (tosse, risada ou esforço)	Fraqueza de assoalho pélvico e/ou esfíncteriana, geralmente secundária a traumas ou cirurgias;
Urgência	Perda de urina (em geral grande volume) gerada pela sensação de plenitude vesical que desencadeia impossibilidade de adiar micção	Uretrite, cistite, e alterações neurológicas secundárias a demência ou AVC;
Sobrefluxo	Perda de diurese secundária a esforço mecânico em bexiga (geralmente em pouca quantidade)	Obstrução mecânica da uretra (prostática) ou lesões neuronais/medulares secundárias (Traumáticas ou secundárias a comorbidades sem controle adequado)
Funcional	incapacidade de micção em local adequado devido	Depressão, demência, limitação física ou

	a barreiras físicas, psicológicas ou ambientais.	inadequação ambiental.
--	--	------------------------

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2007. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (p 94).

Tabela 7 - Resumo do tratamento de disfunções urinárias

Medidas Comportamentais	Medidas não farmacológicas	Tratamento farmacológico
Restrição líquida quando banheiros não disponíveis; Adaptações que facilitem a chegada ao banheiro; Evitar alimentos ricos em cafeína; Cessação de tabagismo; Tratar constipa�o intestinal;	Exercícios de Kegel; Treinamento vesical; Acompanhamento com fisioterapia pélvica;	Tratamento conforme doença de base; Ajuste/troca de medica�o que possa contribuir com a incontinência; Uso de antagonistas muscarínicos e anticolinérgicos;

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2007. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (p 98-100)

Tabela 8 - Situa es para encaminhamento do paciente com disfun o urinária

Quando encaminhar ao especialista focal?	Quando encaminhar para o atendimento médico de Urgência?
Encaminhar sempre nos casos de refratariedade ao tratamento proposto; Incontinência associada a infec�o do trato urinário de repeti�o; Cirurgia pélvica ou radioterapia pélvica progressas; Hematúria ou proteinúria persistentes	Reten�o urinária aguda (mesmo que indolor) especialmente se associada a delirium ou outro déficit funcional;

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2007. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (p 97). KHANDELWAL; KISTLER, 2013. Diagnosis of urinary incontinence.

Tabela 9 - Resumo do tratamento medicamentoso em disfun es urinárias

Medica�o	Indica�o	Classe	Efeitos colaterais
-----------------	-----------------	---------------	---------------------------

Oxibutinina	Urgência miccional; Noctúria (com bexiga neurogênica);	Anticolinérgico não-seletivo;	Tontura; Xerostomia; Constipação;
Tolterodina	Bexiga hiperativa; Sintomas de urge-incontinência;	Antagonista muscarínico;	Xerostomia; Xeroftalmia; Dispepsia;

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2007. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (p 100)

Tabela 10 - Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Questões	Escore	
	Não	Sim
1. Encontra-se satisfeito com sua vida em termos gerais?	1	0
2. Tem abandonado muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3. Você sente que a sua vida está vazia?	0	1
4. Você se aborrece com frequência?	0	1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6. Tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8. Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9. Você prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	0	1
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1

11. Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13. Você se encontra cheio de energia?	1	0
14. Você acha que sua situação é sem esperança?	0	1
15. Você acha que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
Total:		
Avaliação: < ou = a 5 pontos indica ausência de depressão. 6 - 10 pontos indicam depressão leve a moderada. > ou = 11 pontos indica depressão grave.		

Fonte: Extraído de DUNCAN et al, 2022. Medicina ambulatorial, condutas de atenção primária baseadas em evidências, vol1 (p 625).

Tabela 11 - COmparativo entre depressão, demÊncia e delirium

Síndrome	Quadro clínico	Investigação	Tratamento
Demêncial	Perda de memória geral, primeiramente notado por familiares/cuidadores; Pode ser de início insidioso; Apraxia de marcha; Incontinência urinária; Pode estar associado a outros sintomas neurológicos conforme causa base;	Iniciada com exames laboratoriais como: Hemograma, função renal, hepática e tireoidiana eletrólitos, dosagem de vitamina B12. A Devem progredir conforme seguimento da investigação e suspeita de causa clínica base. A tomografia pode ser utilizada conforme suspeita etiológica.	Tratamento conforme classificação etiológica após a investigação;
Depressiva	Sensação de tristeza, apatia, perda de	GDS-15;	Inibidores seletivos de

	interesse; Sensação de cansaço, peso em membros; Insônia ou hipersonia; Pode surgir, também, como déficit de memória e/ou dificuldade cognitiva;		recaptação de Serotonina são, no idoso, a primeira escolha (Evidência B) *
Delirium	Alteração do nível de consciência; Hipo ou hiperativo; Geralmente associado a causa base (Distúrbio hidroeletrólítico, infecciosa ou metabólica)	Exames de triagem infecciosa conforme o foco suspeito ou causa base;	Tratamento da causa base;

Fonte: Adaptado de DUNCAN et al, 2022. Medicina ambulatorial, condutas de atenção primária baseadas em evidências (p 624-625). GUSSO et al, 2019. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, princípios, formação e prática.

* Anexo 1 - Tabela 1

Tabela 12 - Tabela resumo de situações de promoção e prevenção em saúde para a pessoa idosa

Campo avaliado	Pontos Críticos	Check-list
Alimentação/ Nutrição	Possíveis dificuldades, inerentes a idade, que a pessoa idosa possa apresentar no preparo ou consumo dos alimentos (perda olfativa, perda visual que dificulte a preparação de alimentos, dificuldade de mastigação).	Estimular a busca do auto cuidado com o prazer de cozinhar e diversificar o preparo dos alimentos; Aumentar o tempo de cozimento para que os alimentos fiquem mais macios facilitando consumo; Diversificar os temperos para diminuir a ingestão de sal (uso de gengibre, hortelã, cebola, alho etc).
Atividade Física	Considerar comorbidades, limitações e possibilidades de cada pessoa idosa.	Estímulo de treinamento físico multicomponente, em especial para idosos fragilizados (incluir exercícios de resistência, equilíbrio, marcha e força muscular para essa população)

Vacinação	Verificar se a pessoa idosa pertence a algum grupo de risco que necessita vacinas especiais (ou se naquele momento necessita orientações).	Vacina anual para influenza; Verificar esquemas vacinais e cumprir complementações de acordo com Programa Nacional de Imunizações e orientações atualizadas de sociedades especializadas.
Prevenção de quedas	Avaliar o ambiente domiciliar do paciente (sempre que possível) e promover educação sobre risco de quedas baseado no contexto familiar de vivência do paciente é importante.	Intervenções multicomponente, buscando fortalecimento, melhora da funcionalidade e equilíbrio são fundamentais.

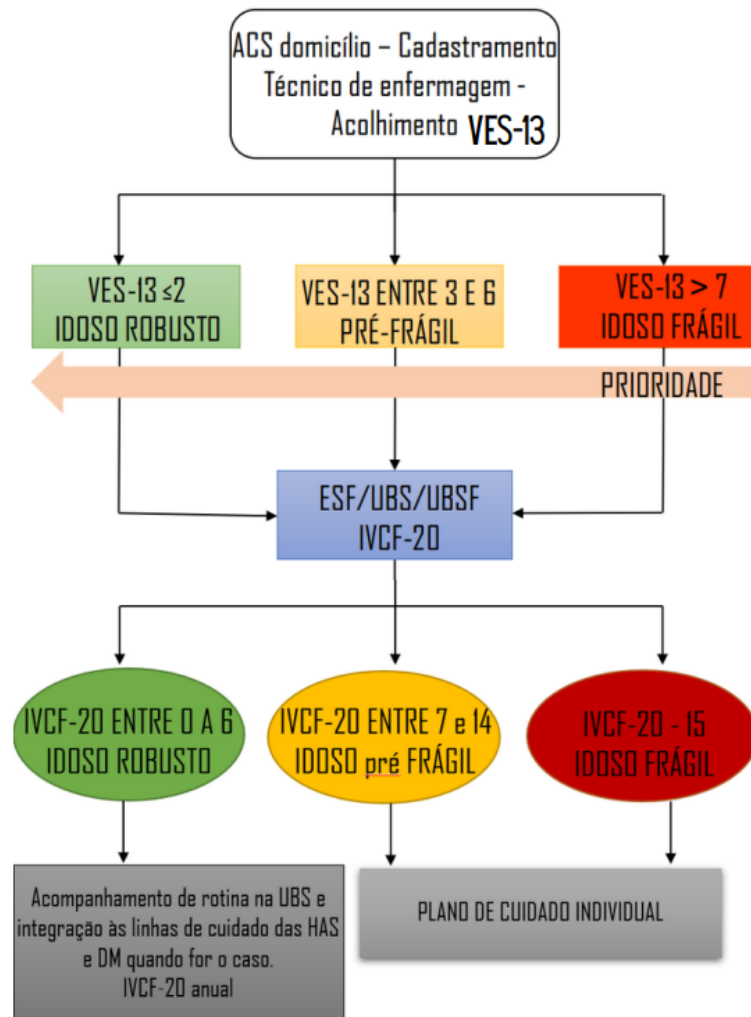
Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021; Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa. Bustamante-Troncoso et al, 2020; Efecto de una intervención multidimensional en personas mayores autovalentes para el manejo del riesgo de caídas. Sociedade Brasileira de Imunologia, 2022; Calendário de vacinação SBIIm Idoso.

Figura 1 - VES-13

4. INCAPACIDADES						
PONTUAÇÃO: As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 4 pontos , mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.		20__	20__	20__	20__	20__
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?						
Sim. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.	<input type="checkbox"/> 0			
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas?						
Sim. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.	<input type="checkbox"/> 0			
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?						
Sim. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	Não ou não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.	<input type="checkbox"/> 0	Máx. 4 ptos	Máx. 4 ptos	Máx. 4 ptos
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?						
Sim. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	Não ou não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.	<input type="checkbox"/> 0			
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?						
Sim. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.	<input type="checkbox"/> 0			
		20__	20__	20__	20__	20__
PONTUAÇÃO TOTAL (soma dos itens 1, 2, 3 e 4)						

Fonte: Extraído de BRASIL, 2020. Caderneta de saúde da pessoa idosa (p 19-20)

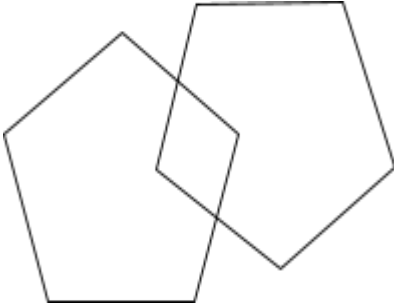
Figura 2 - Fluxo baseado em ferramentas clínicas proposto para atendimento à pessoa idosa na APS



Fonte: Extraído de: AMARAL, MCO; ALMEIDA, CHN. Guia de atenção à saúde do idoso (p 38)

Figura 3 - Mini exame do estado mental

Habilidade avaliada	Instruções	Pontuação esperada
Orientação no tempo e espaço	Qual é o (ano), (estação), (dia da semana), (dia do Mês) e (mês)? (1 ponto para cada pergunta correta totalizando 5 pontos)	5 Pontos
	Onde estamos (país), (estado), (cidade), (rua/local), (andar)? (1 ponto para cada pergunta correta, totalizando 5 pontos)	5 Pontos
Registro imediato (passo a passo)	Instruir o paciente que preste atenção pois terá que repetir posteriormente	3 pontos
	Dizer três palavras não relacionada	
	Perguntar quais foram as três palavras (1 ponto para cada palavra certa, totalizando 3 pontos)	
	Repetir as três palavras até que o paciente repita corretamente	
Atenção e cálculo	Subtrair 100 - 7; (5 vezes: 93 - 86 - 79 - 72 - 65 (1 ponto para cada soma correta, totalizando 5 pontos)	5 pontos
Evocação de 3 palavras	Perguntar Quais foram as palavras anteriormente ditas (1 ponto para cada, totalizando 3 pontos)	3 pontos
Linguagem	Mostrar ao paciente um lápis e um relógio de pulso e solicitar que ele nomeie os objetos (1 ponto para cada objeto, totalizando 2 pontos)	2 pontos
	Repetir “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)	1 ponto
Execução de comandos	Seguir o comando, em ordem “Pegue o papel com a mão direita, dobre-o e ponha-o no chão” (1 ponto para cada comando, totalizando 3 pontos)	3 pontos

	Escrever em um papel “Feche os olhos” e solicitar que o paciente leia em voz alta e execute (1 ponto)	1 ponto
	Solicitar que o paciente escreva uma frase (pensamento/ideia completa) (1 ponto)	1 ponto
Função visuoespacial	Copiar o desenho 	1 ponto
Pontos de corte para demência (de qualquer tipo) Analfabetos < 13 pontos Baixa e média escolaridade (< 8 anos) < 18 pontos Alta escolaridade (> ou = 8 anos) < 26 pontos		

Fonte: Adaptado de DUNCAN et al, 2022. Medicina ambulatorial, condutas de atenção primária baseadas em evidências, vol1 (p 623).

9. DISCUSSÃO

A saúde no Brasil, é direito legalmente assegurado, registrado na lei de número 8.080, publicada em 19 de Setembro de 1990 que prevê “ A saúde é um direito fundamental do ser humano” (BRASIL, 1990). As pessoas idosas, por sua vez, além do direito assegurado pela lei supracitada, também têm seu direito salvaguardado por meio de políticas e intervenções específicas considerando sua faixa etária e necessidades. A Política nacional de saúde da pessoa idosa (PNSPI), atualizada na portaria de número 2.528 de 19 de Outubro de 2016 especifica intervenções e propostas em múltiplos níveis de atenção à saúde, trazendo como referência para a APS :

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, para efetivação das melhorias técnicas previstas pela PNSPI é de suma importância a consolidação da prática de Educação Permanente, a fim de atualização constante dos profissionais da APS, em especial o médico de família, sobre a prática de cuidados com a saúde da pessoa idosa

O estabelecimento da PNSPI, pode ser entendido pelo envelhecimento populacional que causa não apenas mudanças em estruturas familiares mas demanda também na redistribuição de recursos sociais e mudanças nas políticas públicas (BRASIL, 2006).

O esforço da APS para otimizar os cuidados de saúde com a pessoa idosa são cada vez mais necessários. Uma vez que tal recorte populacional é mais frequentemente afetado por comorbidades e fragilidade de saúde, propiciando o surgimento de quadros de saúde complexos que necessitam maior atenção terciária (SILVA; PINHEIRO; LOYOLA, 2022).

A APS dentro de seus atributos essenciais: acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (GUSSO, 2012) deve desempenhar, também, uma função importante como coordenadora do cuidado da pessoa idosa, sendo a ligação entre os diferentes níveis de atenção entre os quais o paciente pode transitar conforme variação dos cuidados de saúde conforme necessário em seu processo de adoecimento.

Por outro lado, o desafio do acolhimento e mudança nos padrões de atendimento à pessoa idosa compõem apenas uma variável da equação. A educação continuada, em si, consiste em um grande desafio na APS independentemente do tema uma vez que os maiores entraves para sua implantação de forma efetiva são a dificuldade de articulação entre os níveis de gestão, a rotatividade de profissionais, a baixa participação popular e o enfoque na prática de trabalho fragmentado por profissões (FERREIRA et al, 2019)

Aos profissionais da APS, cabe a complexa tarefa de unir as especificidades legais, técnicas e sociais para a aplicação dos direitos legalmente assegurados de forma otimizada e segura no segmento de saúde das pessoas idosas e redesenhar o modelo de cuidado do idoso no Brasil, enfocando no indivíduo e suas particularidades, a fim de beneficiar não apenas o usuário do SUS e da APS, mas também visando a sustentabilidade do sistema de saúde do país (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

10. CONCLUSÃO

A assistência à saúde da pessoa idosa é assegurada legalmente, e se traduz na prática por meio da aplicação de políticas públicas voltadas a estes. Considerando o aumento, cada vez maior, de idosos na população total, é necessário aos profissionais da APS a aprimoração e estudo constantes a fim de buscar ferramentas clínicas, técnicas e de comunicação que permitam a otimização do atendimento à pessoa idosa.

Ademais, a programação e realização de ações de educação permanente baseadas na temática, deve ser incentivada e pensada pelos gestores, sociedades especializadas e requisitada pelos profissionais da saúde da APS. Uma vez que, por meio de momentos de formação, a rede de atenção à saúde da pessoa idosa pode

ser divulgada e consolidada. E, a prática clínica dos médicos de família e comunidade constantemente aperfeiçoada e alicerçada nas evidências científicas mais recentes e de boa qualidade.

Por fim, é esperado que este trabalho ajude no crescimento da divulgação sobre a temática, e que seja um facilitador para os Médicos de Família e Comunidade no cotidiano de atenção à saúde da pessoa idosa.

11. REFERÊNCIAS

Amaral MCO; Almeida CHN. **Guia de Atenção à saúde do idoso**. 2022. Trabalho de conclusão de residência (Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade) - SESAU, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2022.

Andrade, Ankilma do Nascimento et al. **Análise do conceito fragilidade em idosos**. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2012, v. 21, n. 4 [Acessado 20 Novembro 2022] , pp. 748-756. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400004>>. Epub 08 Jan 2013. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400004>.

BRASIL, **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 de Setembro de 1990. Disponível em: [L8080 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br). Acesso 20 nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 2 Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf \(saude.gov.br\)](#). Acesso em: 20 nov 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2020. Disponível em: [caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed_1re.pdf](#). Acesso em: 20 nov 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.528, Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa**. 19 de Outubro de 2006. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#). Acesso em 20 nov 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília : Ministério da

Saúde, 2007. Disponível em: [CAB IDOSO 2007 FINAL.pmd \(saude.gov.br\)](#). Acesso em: 20 nov 2022.

Bennett S, Thomas AJ. **Depression and dementia: cause, consequence or coincidence?** Maturitas. 2014 Oct;79(2):184-90. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.009. Epub 2014 May 29. PMID: 24931304.

Bustamante-Troncoso C, Herrera-López LM, Sánchez H, Pérez JC, Márquez-Doren F, Leiva S. **Efecto de una intervención multidimensional en personas mayores autovalentes para el manejo del riesgo de caídas [Effect of a multidimensional intervention for prevention of falls in the elderly]**. Aten Primaria. 2020 Dec;52(10):722-730. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2019.07.018. Epub 2019 Nov 15. PMID: 31740074; PMCID: PMC8054286.

Cognitive Impairment in Older Adults: Screening. **United States Preventive Services Task Force, 2020**. Disponível em: [Recommendation: Cognitive Impairment in Older Adults: Screening | United States Preventive Services Taskforce \(uspreventiveservicestaskforce.org\)](#). Acesso em: 20 nov.2022.

CORDIOLI, Aristides V; GALOIS, Caroline B; ISOLAN, Luciano. **Psicofármacos: Consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Dias, Cláudio Santiago, Costa, Carolina Souza e Lacerda, Marisa Alves. **O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. 2006, v. 9, n. 2 [Acessado 20 Novembro 2022] , pp. 7-24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09022>>. Epub 24 Out 2019. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09022>.;

Dourado, Francisco Wellington et al. **Intervenções para prevenção de quedas em idosos na Atenção Primária: revisão sistemática**. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2022, v. 35 [Acessado 20 Novembro 2022] , Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR022566>>

<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR0225666>>. Epub 29 Ago 2022. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR0225666>.

DUNCAN, Bruce B et al. **Medicina Ambulatorial - Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

Falls Prevention in Community-Dwelling Older Adults: Interventions. **United States Preventive Service Task Force, 2018**. Disponível em: [Recommendation: Falls Prevention in Community-Dwelling Older Adults: Interventions | United States Preventive Services Taskforce \(uspreventiveservicestaskforce.org\)](https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Workarounds/Recommendation%20Statement/falls-prevention-in-community-dwelling-older-adults-interventions). Acesso em: 20 nov 2022.

Ferreira, Lorena et al. **Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura**. Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n. 120 [Acessado 25 Novembro 2022] , pp. 223-239. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>>. Epub 06 Maio 2019. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.

GUSSO, G et al. **Tratado de medicina de família e comunidade, princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Khandelwal C, Kistler C. **Diagnosis of urinary incontinence**. American Family Physician. 2013 Apr 15;87(8):543-50. PMID: 23668444. Disponível em: [Diagnosis of Urinary Incontinence | AAFP](https://www.aafp.org/afp/2013/apr15/543.html). Acesso em: 20 nov 2022.

Lima-Costa, Maria Fernanda e Veras, Renato. **Saúde pública e envelhecimento. Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2003, v. 19, n. 3 [Acessado 21 Novembro 2022] , pp. 700-701. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>>. Epub 11 Jun 2003. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>.

Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão M. **Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey - 13 (VES-13): contribuindo para a identificação de**

idosos vulneráveis - Rev Esc Enferm USP 2012; 46(Esp):116-22 Disponível em: [DUARTE, Y A de O doc 46.pdf \(usp.br\)](#)

Mangoni AA, Jackson SH. **Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications**. Br J Clin Pharmacol. 2004 Jan;57(1):6-14. doi: 10.1046/j.1365-2125.2003.02007.x. PMID: 14678335; PMCID: PMC1884408.;

Moraes, Edgar Nunes de et al. **Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults**. Revista de Saúde Pública [online]. 2016, v. 50 [Accessed 20 November 2022] , 81. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>>. Epub 22 Dec 2016. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>.

Pillatt, Ana Paula, Nielsson, Jordana e Schneider, Rodolfo Herberto. **Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática**. Fisioterapia e Pesquisa [online]. 2019, v. 26, n. 2 [Acessado 20 Novembro 2022] , pp. 210-217. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-2950/18004826022019>>. Epub 18 Jul 2019. ISSN 2316-9117. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18004826022019>.

Reis, RB, Cologna AJ, Martins ACP, Tucci Jr S, Suaid HJ. **Incontinência urinária no idoso**. Acta Cir Bras [serial online] 2003 vol 18 suppl 5. Disponível em www.scielo.br/acb.

Screening for depression in adults. **United States Preventive Services Task Force, 2016**. Disponível em: [Recommendation: Depression in Adults: Screening | United States Preventive Services Taskforce \(uspreventiveservicestaskforce.org\)](#). Acesso em: 20 nove. 2022.

Sexually Transmitted Infections: Behavioral Counseling. **United States Preventive Services Task Force, 2020**. Disponível em: [Recommendation: Sexually Transmitted Infections: Behavioral Counseling | United States Preventive Services Taskforce \(uspreventiveservicestaskforce.org\)](#). Acesso em: 20 nov. 2022.

Silva, Regiane Bergamo Gomes da; Almeida, Luciane Pinho. **Próteses auditivas por idosos: aspectos psicossociais, adaptação e qualidade de vida.** *Interações* (Campo Grande) [online]. 2016, v. 17, n. 3 [Acessado 25 Novembro 2022] , pp. 463-474. Disponível em: <[https://doi.org/10.20435/1984-042X-2016-v.17-n.3\(09\)](https://doi.org/10.20435/1984-042X-2016-v.17-n.3(09))>. ISSN 1984-042X. [https://doi.org/10.20435/1984-042X-2016-v.17-n.3\(09\)](https://doi.org/10.20435/1984-042X-2016-v.17-n.3(09)).

Silva, Sara de Souza, Pinheiro, Letícia Cavalari e Loyola, Antônio Ignácio de. **Internações por condições sensíveis à atenção primária entre idosos residentes em Minas Gerais, Brasil, 2010-2015.** *Cadernos Saúde Coletiva* [online]. 2022, v. 30, n. 1 [Acessado 25 Novembro 2022] , pp. 135-145. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010294>>. Epub 29 Abr 2022. ISSN 2358-291X. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010294>.

Sociedade Brasileira de Imunologia. **Calendário de vacinação SBIm Idoso.2022/2023.** Disponível em: [calend-sbim-idoso.pdf](#). Acesso em: 20 nov 2022.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).** [Internet] 2015. Disponível em: [www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/CurriculoBaseadoemCompetencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/CurriculoBaseadoemCompetencias(1).pdf). Acesso 20 nov 2022.

Štulhofer A, Hinchliff S, Jurin T, Hald GM, Træen B. **Successful Aging and Changes in Sexual Interest and Enjoyment Among Older European Men and Women.** *J Sex Med.* 2018;15(1):1393-402.

Veras, Renato Peixoto e Oliveira, Martha. **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 25 Novembro 2022] , pp. 1929-1936. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

Zanon, Rodrigo Rafael, Moretto, Antonio Carlos e Rodrigues, Rossana Lott. **Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva brasileira.** *Revista Brasileira de Estudos de População* [online]. 2013, v. 30, n. suppl [Acessado 21 Novembro 2022] , pp. S45-S67. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-30982013000400004>>. Epub 07 Fev 2014. ISSN 1980-5519. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982013000400004>.

ZHANG, Zhen. **Tai chi impacts on neuromuscular functions in the lower limbs of the elderly.** *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* [online]. 2022, v. 28, n. 5 [Accessed 20 November 2022] , pp. 581-583. Available from: <https://doi.org/10.1590/1517-8692202228052022_0015>. Epub 13 May 2022. ISSN 1806-9940. https://doi.org/10.1590/1517-8692202228052022_0015.