

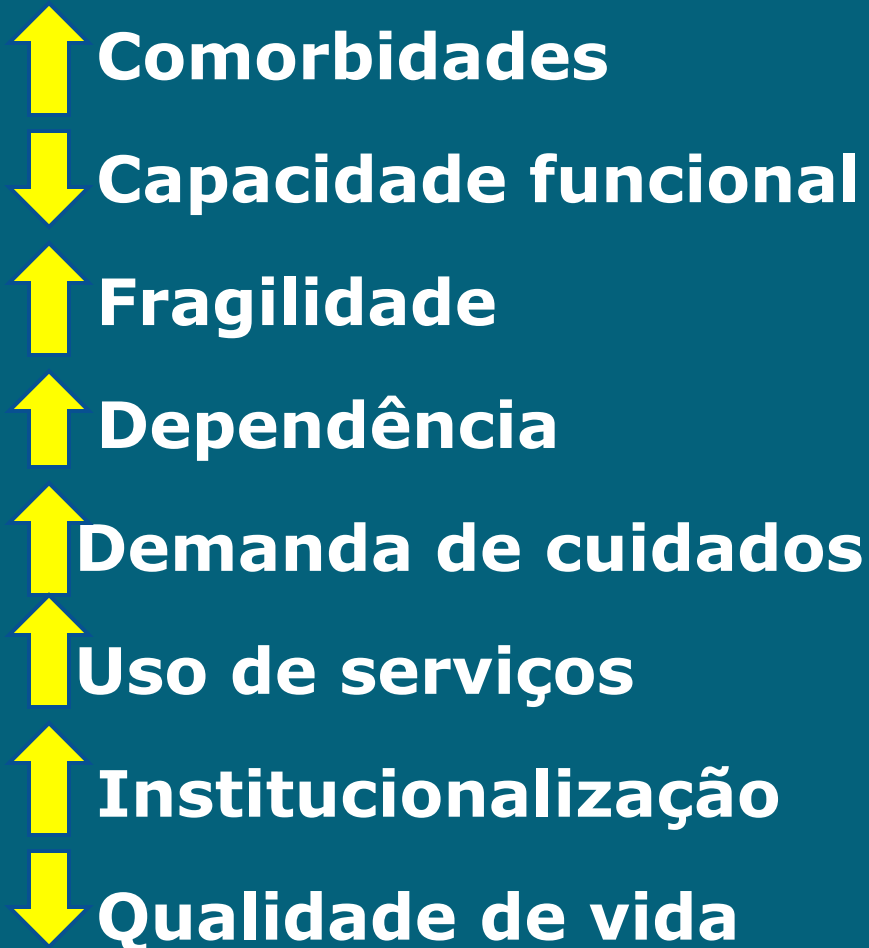
IMPACTO DO ENVELHECIMENTO NA ADEQUAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Marília Louvison

Mestre e Doutora em Saúde Pública. Estudo epidemiológico SABE – Saúde, Bem estar e Envelhecimento da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Médica da SES/SP, atua na assessoria de Saúde da Pessoa Idosa, como pesquisadora no Instituto de Saúde e como plantonista na Central de Transplantes

Envelhecimento e Doenças Crônicas Não Transmissíveis



Determinantes Sociais de Saúde

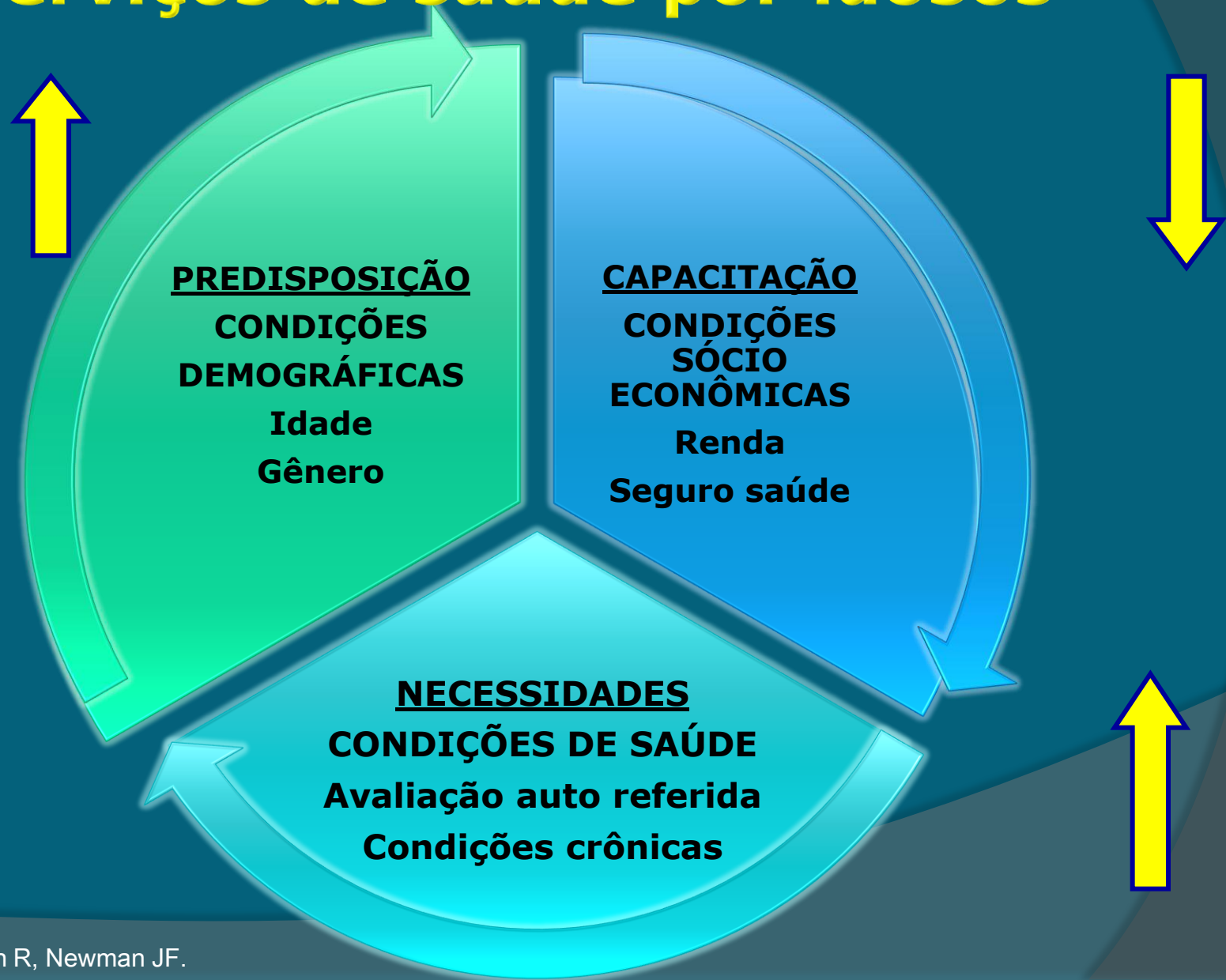
Determinantes do Envelhecimento Ativo



Uso e acesso aos serviços 2000

Variável de PREDISPOSIÇÃO e CAPACITAÇÃO	OR	OR ajustado
Sexo Feminino	1,52 (1,23 - 1,88)	1,55 (1,21 – 1,98)
Idade – 75 anos e mais	1,04 (0,86 - 1,25)	0,99 (0,79 - 1,23)
Escolaridade – frequentou escola	0,78 (0,60 - 1,00)	0,66 (0,48 - 0,90)
Renda – 3,4 e 5 quintis	1,04 (0,84 - 1,29)	1,02 (0,58 - 1,78)
Interação Renda/Escolaridade	1,03 (0,83 - 1,27)	1,40 (1,06 - 1,84)
Posse de Seguro Privado	1,36 (1,09 - 1,69)	1,57 (1,22 - 2,02)

Desigualdades na utilização de serviços de saúde por idosos





Uso de serviços de saúde por idosos

- Casos mais complexos, mais hospitalizações, hospitalizações mais tardias, hospitalizações prolongadas, aumento da mortalidade, aumento das admissões na UTI, alta com incapacidade, difícil relacionamento com as famílias, readmissões, institucionalização, perda funcional, maior custo, superlotação dos hospitais de maior complexidade
- Maior gasto está relacionado ao último ano de vida e aumenta com a idade, incorporação tecnológica e finitude.
- Fatores determinantes de maior permanência, mortalidade e institucionalização: estado funcional, gravidade da doença, capacidade cognitiva, má nutrição, comorbidades, diagnóstico, polifarmácia, idade e sexo.
- A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. Campbell et al, 2004.

Average cost per person in last 12 months of life by age group

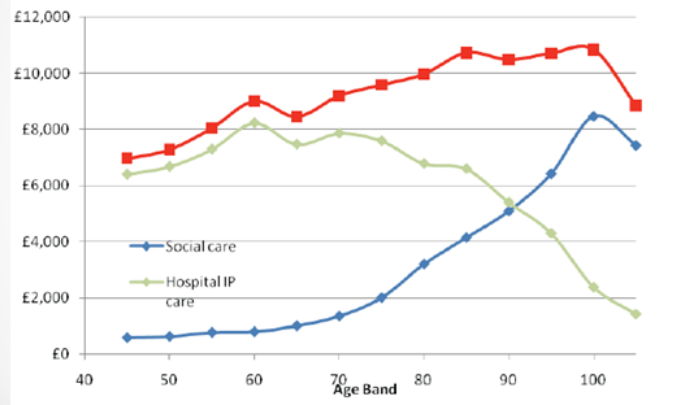


Figure 8 in Martin Bardsley, Theo Georgiou, Jennifer Dixon (2010)

Social care and hospital use at the end of life www.nuffieldtrust.org.uk/publications

Demanda por cuidados

- Aumento de idosos demandantes de cuidado
- Diminuição da oferta de cuidadores domiciliares
- Escassas alternativas de cuidado, tanto públicas quanto privadas.
- Indivíduos em idade mais avançada, comprometidos física e/ou mentalmente, sujeitos a carência de renda, sem família, com famílias que trabalham e/ou em condições de conflitos familiares – “Abandono” hospitalar

Procedimentos hospitalares do SUS - por gestor - Brasil

Internações, Valor total, Valor médio intern, Média permanência, Taxa mortalidade segundo Ano processamento
Período: 2008-2010

Ano processamento	Internações	Valor total	Valor médio intern	Média permanência	Taxa mortalidade
TOTAL	33.230.378	29.151.729.382,46	877,26	5,8	3,46
2008	10.743.603	8.286.055.941,30	771,25	5,9	3,28
2009	11.128.809	10.124.918.629,27	909,79	5,8	3,48
2010	11.357.966	10.740.754.811,88	945,66	5,8	3,61

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil

Internações, Valor Total, Valor Médio Int, Média Permanência, Taxa Mortalidade segundo Faixa Etária 1
Período: 2010

Faixa Etária 1	Internações	Valor Total	Valor Médio Int	Média Permanência	Taxa Mortalidade
TOTAL	11.357.966	10.740.754.811,88	945,66	5,8	3,61
Menor 1 ano	569.122	963.321.122,53	1.692,64	7,6	3,28
1 a 4 anos	709.844	437.393.570,83	616,18	3,8	0,41
5 a 9 anos	431.999	249.926.767,17	578,54	3,6	0,39
10 a 14 anos	349.691	226.785.542,13	648,53	4,0	0,62
15 a 19 anos	869.254	553.997.248,79	637,32	3,4	0,52
20 a 29 anos	2.203.449	1.476.499.815,60	670,09	4,0	0,66
30 a 39 anos	1.491.532	1.180.163.750,60	791,24	5,7	1,40
40 a 49 anos	1.164.422	1.200.826.611,62	1.031,26	7,7	3,15
50 a 59 anos	1.113.988	1.393.894.152,69	1.251,26	8,0	5,26
60 a 69 anos	1.014.598	1.366.109.951,52	1.346,45	7,4	7,32
70 a 79 anos	870.845	1.087.129.379,92	1.248,36	7,1	10,12
80 anos e mais	569.222	604.706.898,48	1.062,34	6,9	15,34

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil

Internações, Valor Total, Valor Médio Int, Média Permanência, Taxa Mortalidade segundo Capítulo CID-10

Faixa Etária 1: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais

Período: 2010

Capítulo CID-10	Internações	Valor Total	Valor Médio Int	Média Permanência	Taxa Mortalidade
TOTAL	2.454.665	3.057.946.229,92	1.245,77	7,2	10,18
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	195.322	207.921.997,54	1.064,51	7,1	16,75
II. Neoplasias (tumores)	207.796	296.323.490,97	1.426,03	6,7	12,61
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	26.668	12.268.682,83	460,05	6,1	8,12
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	133.532	66.173.755,93	495,56	5,9	9,60
V. Transtornos mentais e comportamentais	19.953	82.766.097,78	4.148,05	97,6	2,12
VI. Doenças do sistema nervoso	46.907	64.010.282,42	1.364,62	12,0	12,01
VII. Doenças do olho e anexos	40.889	34.170.174,03	835,68	1,2	0,02
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.045	1.297.123,78	1.241,27	4,0	0,19
IX. Doenças do aparelho circulatório	641.504	1.196.061.152,68	1.864,46	7,1	9,95
X. Doenças do aparelho respiratório	400.968	391.853.945,66	977,27	6,5	14,08
XI. Doenças do aparelho digestivo	255.947	210.725.298,58	823,32	5,1	7,17
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	42.947	27.205.803,92	633,47	5,9	3,60
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	44.022	85.291.673,79	1.937,48	9,0	2,32
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	175.237	115.537.006,70	659,32	5,6	6,01
XV. Gravidez parto e puerpério	208	64.312,43	309,19	3,5	0,48
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1.054	1.996.638,32	1.894,34	7,2	14,99
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3.108	10.002.455,45	3.218,29	6,3	6,85
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	43.758	32.200.547,69	735,88	5,3	14,41
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	149.466	215.150.739,16	1.439,46	6,8	5,73
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	640	927.354,46	1.448,99	8,6	3,44
XXI. Contatos com serviços de saúde	23.694	5.997.695,80	253,13	2,0	12,02

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Níveis de intervenção da atenção ao idoso com condições crônicas: HAS e DM com rastreadores

SEM DCNT

- Prevenção primária
- Promoção de saúde

HAS e/ou DM desconhecida

- Prevenção secundária
- Diagnóstico precoce

HAS e/ou DM conhecida

- Prevenção secundária
- Tratamento e controle adequado

HAS e/ou DM complicada

- Prevenção secundária e terciária
- Tratamento das complicações
- Reabilitação

ÓBITO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PREVALÊNCIA AUTO REFERIDA**

2000 – 53,1%

2006 – 65,3%

INCIDÊNCIA ACUMULADA – 29,9%

**DIABETES MELLITUS
PREVALÊNCIA AUTO REFERIDA**

2000 – 16,6%

2006 – 22,8%

INCIDÊNCIA ACUMULADA – 8,0%

Gênero

2000 – 58,9% mulheres 2006 – 62,9% mulheres

Pelo menos uma doença crônica

2000 – 73,4% 2006 – 85,4% 2006 (casos novos) – 52,3%

Passou a relatar uso de serviços nos últimos quatro meses (análise múltipla)

HAS – OR=2,21 (1,21-4,06)

DM – OR= 4,48 (1,37-14,64)

Cobertura de planos de saúde

2000 – 49,4% 2006 – 48,9%

Uso de consultas ambulatoriais no último ano

2000 - 83,3% 2006 - 89,9%

2006 - Hipertensos e/ou diabéticos que realizaram 3 ou mais consultas - 80,0%

Índice de consulta/ano

2000 - Sem PS - 5,7 Com PS - 6,0

2006 - Sem PS - 7,1 Com PS - 6,7

Internação Hospitalar

2000 - 4,8%(4m) 2006 - 4,9% (4m)

2006 (1 ano) - 11,2%

Hipertensão Arterial Sistêmica

Indicador	SUS	SS	Total	OR	p	OR ajust*	P ajust*
Uso medicação (2000)	79,6	81,7	80,6	1,15	0,56	1,47	0,28
Uso medicação (2006)	88,5	91,8	90,0	1,46	0,25	1,72	0,18
Uso 2 ou+ med (2000)	29,3	40,7	34,7	1,65	0,03	2,12	<0,01
Uso 2 ou+ med (2006)	54,8	58,6	56,6	1,16	0,50	1,49	0,14
Manutenção do uso	93,3	94,5	93,9	1,23	0,61	1,62	0,38
Uso metildopa (2000)	13,4	4,6	9,3	0,31	<0,01	0,43	0,09
Uso metildopa (2006)	6,5	2,5	4,6	0,36	0,06	0,43	0,24
Controle referido 2000)	85,3	87,4	86,3	1,20	0,67	0,69	0,38
Controle referido 2006)	93,1	95,3	94,2	1,49	0,30	1,87	0,30

Diabetes Mellitus

Indicador	SUS	SS	Total	OR	p	OR ajust*	P ajust*
Uso medicação (2000)	64,3	70,3	67,1	1,32	0,42	1,13	0,79
Uso medicação (2006)	72,1	72,7	72,4	1,03	0,94	0,92	0,85
Insulinização (2000)	6,9	11,0	8,8	1,66	0,36	3,11	0,19
Insulinização (2006)	8,2	17,1	12,3	2,32	0,06	1,81	0,27
Manutenção do uso	78,8	86,0	82,3	1,65	0,44	1,30	0,73
Uso clorpropam.(2000)	28,9	19,3	24,4	0,59	0,21	0,55	0,19
Uso clorpropam.(2006)	9,9	1,8	6,1	0,16	0,04	0,18	0,08
Controle referido (2000)	84,0	80,7	82,4	0,80	0,64	0,72	0,56
Controle referido (2006)	92,9	84,2	88,7	0,41	0,11	0,37	0,20

Fatores associados aos desfechos

			OR (IC 95%)	p	OR ajustada (IC 95%)	p
AVC	Fumo	Nunca fumou	1,00		1,00	
		Fuma	3,00 (1,04-8,64)	0,04	5,71 (1,80-18,14)	<0,01
	Cardiopatia	Não	1,00		1,00	
		Sim	2,13 (0,88-5,14)	0,09	3,31 (1,27-8,67)	0,02
ABVD	Gênero	Homens	1,00		1,00	
		Mulheres	3,02(1,80-5,07)	<0,01	3,02(1,47-6,19)	<0,01
	Idade	74 anos	1,00		1,00	
		75 anos e mais	2,82(1,83-4,35)	<0,01	2,10(1,19-3,71)	0,01
	Comorb.	Uma	1,00		1,00	
		Duas	2,48(1,48-4,17)	<0,01	2,08(1,11-3,89)	0,02
		Três ou mais	5,59(2,96-10,57)	<0,01	3,97(1,86-8,50)	<0,01
	AVC	Não	1,00		1,00	
		Sim	4,13(1,76-9,70)	<0,01	4,20(1,47-6,19)	0,03
	Sinais depressivos	Não	1,00		1,00	
		Sim	2,72 (1,56-4,74)	<0,01	1,89(1,01-3,56)	<0,05

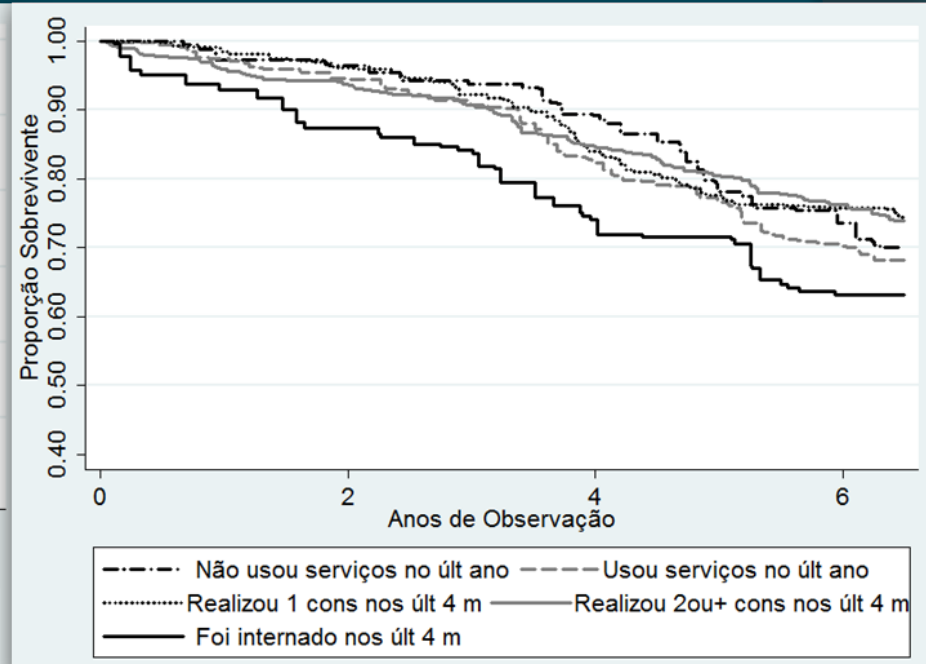
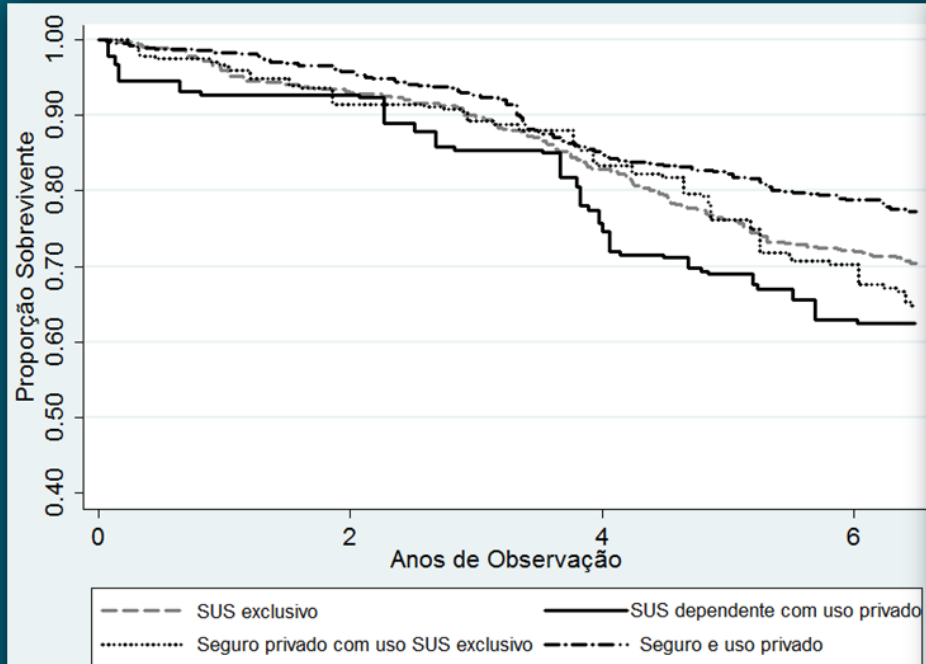
Fatores associados aos desfechos

			OR (IC 95%)	p	OR ajustada (IC 95%)	p
AIVD	Plano de saúde	Não	1,00		1,00	
		Sim	0,48(0,30-0,75)	<0,01	0,57(0,33-0,99)	<0,05
	Atividade Física	Não	1,00		1,00	
		Sim	0,51(0,31-0,84)	<0,01	0,52(0,28-0,96)	0,04
	Idade	74 anos	1,00		1,00	
		75 anos e mais	3,97(2,45-6,46)	<0,01	4,16(2,27-7,63)	<0,01
	Auto-percepção de saúde	Excelente/mta boa/boa	1,00		1,00	
		Regular/ruim	2,40(1,52-3,79)	<0,01	2,05(1,17-3,60)	0,01
	Estado nutricional	Eutrófico (23<IMC<28)	1,00		1,00	
		Baixo peso (≤23)	2,60(1,29-5,23)	<0,01	3,00(1,32-6,83)	<0,01
		Obesidade (IMC≥30)	2,66(1,53-4,64)	<0,01	2,27(1,24-4,15)	<0,01

Fatores associados a mortalidade

- Uso de serviços ambulatoriais 2 vezes ou mais nos últimos quatro meses HR= 0,52 (0,30-0,90)
- Atividade física HR= 0,50 (0,30-0,84)
- Idade de 80 anos e mais: HR= 2,32 (1,53-3,52)
- Fumo HR= 1,66 (1,01-2,73)
- Obesidade HR= 0,62(0,39-0,99)
- Comorbidade (3 ou mais doenças) HR= 1,91 (1,06-3,44)
- Cardiopatia HR= 1,52 (1,02-2,26)
- Dificuldades em AIVD (2 a 4) HR= 1,57 (1,02-2,42)

Curvas de Sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos



Conclusões Doutorado 2011

Longitudinal 2000-2006

- Houve ampliação do acesso e uma maior adequação da atenção à saúde às melhores práticas, principalmente medicamentosa, em particular no SUS.
- Quem tem plano de saúde mostrou menor dificuldade de acesso, menor tempo de espera para agendamento e para ser atendido no serviço e maior satisfação com o uso.
- Observam-se desigualdades no acesso e na qualidade da atenção entre os idosos que referiram planos de saúde ou não.

Considerações finais

- Estratégias reconhecidas de gestão das condições crônicas, ampliação da equipe multiprofissional, implantação das linhas de cuidado e humanização da atenção são importantes desafios, tanto no setor público quanto no privado, para fazer frente a essa crescente morbidade que se instala e que se avoluma, impactando em mortes e incapacidades.
- Os serviços de saúde precisam ampliar redes sociais e atuar junto ao território, considerando a autonomia do sujeito e o compartilhamento de decisões, para obter melhores resultados.
- É necessário considerar a macro determinação das condições crônicas que dependem de abordagens intersetoriais.

Desafios atuais dos sistemas de saúde



- Gestão dos cuidados na finitude
- Gestão das condições agudas para a de condições crônicas (cuidados continuados).
- Gestão dos cuidados hospitalares para cuidados comunitários.
- Gestão dos cuidados agudos para a dos cuidados de longa duração (LTC).
- Gestão dos cuidados em saúde para cuidados integrados em saúde.
- Gestão baseada em opiniões para a gestão baseada em evidências.
- Gestão dos meios para a gestão dos fins

Sistema Único de Saúde

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011

Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Pacto pela saúde 2006

- I – O PACTO PELA VIDA**
- II – O PACTO EM DEFESA DO SUS**
- III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS**

Modelo de Atenção: Onde estamos?



- Foco nos cuidados agudos
- Medicalização
- Incorporação tecnológica desregulada (baseada no mercado)
- Privilegiamento das tecnologias “duras”
- Desprivilegiamento das pessoas
- Desintegração dos serviços

Modelo de Atenção

Onde chegar?

- ◉ **Lógica coletiva, do cuidado**
- ◉ **Clínica ampliada e integralidade**
- ◉ **Usuário centrado**
- ◉ **Equipes ampliadas, vínculos e responsabilização**
- ◉ **Abordagem ampliada e compartilhada**
- ◉ **Promoção da saúde e intersetorialidade**
- ◉ **Integração e continuidade do cuidado**
- ◉ **Diretrizes baseadas em evidências e racionalidade tecnológica**

Cuidado em saúde

Cuidar é parte do cotidiano humano e refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma “atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento e a escuta do sujeito”

VALLA e LACERDA, 2004

Tecnologias leves – relacionais

- Os sujeitos desejam mais do que diagnósticos precisos para que possam se sentir acolhidos em suas demandas e necessidades.
- O desejo de sentir-se cuidado é particularmente importante quando os problemas de saúde são complexos demais para a construção de uma cura.
- Um cuidado integral não elimina o sofrimento, porém pode remover-lhe os motivos e as condições de produção, alterando-lhe as formas e o peso nos modos de viver de sujeitos, famílias e comunidades
- VALLA; LACERDA, 2004. Gestão em redes.LAPPIS.

Linha de Cuidado



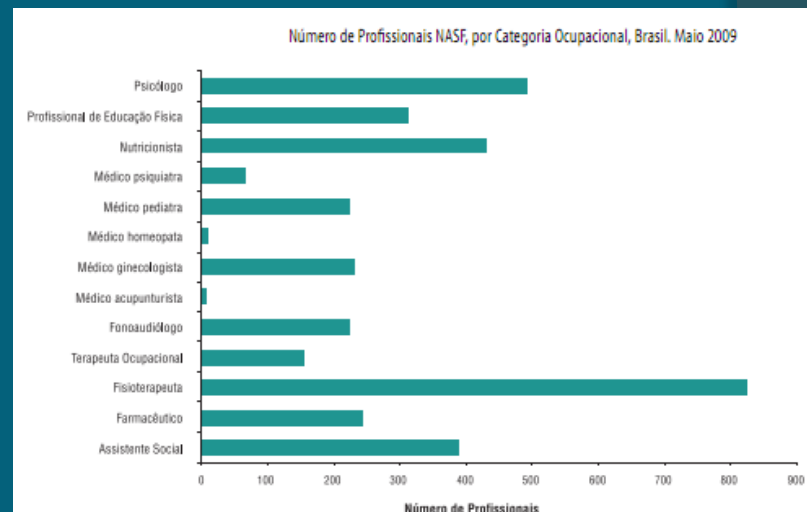
- “Modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também, uma visão global das condições de vida”
- Brasil, 2006

Humanização

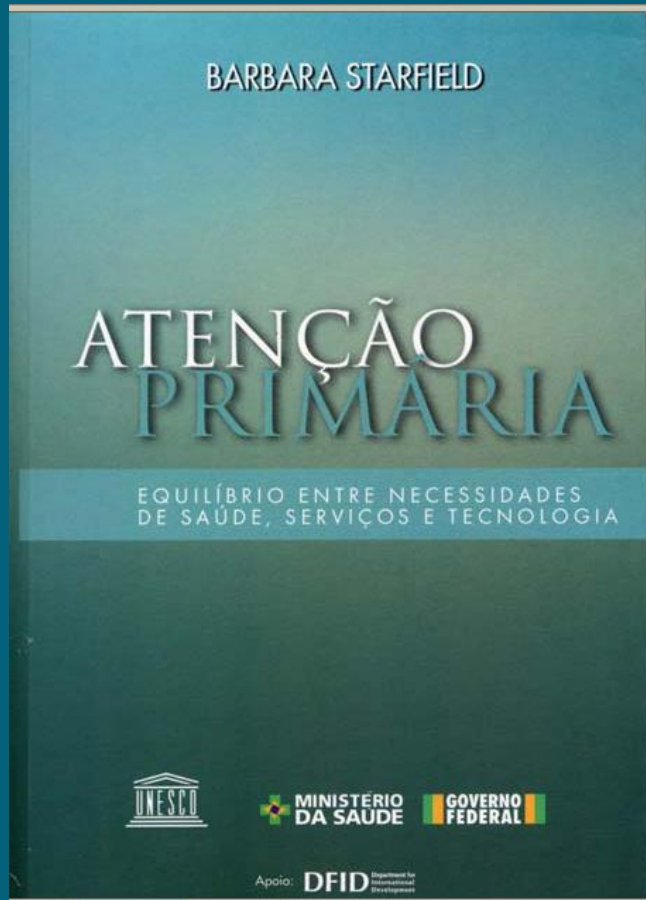
<http://www.redehumanizaus.net/>



- Enfrentar os mitos e preconceitos
- Clínica ampliada: projeto terapêutico singular e matriciamento – gestão do cuidado na micropolítica do cotidiano – potencializar os encontros terapêuticos
- Acolhimento com classificação de risco, visita aberta, ambiência, posso ajudar.



ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

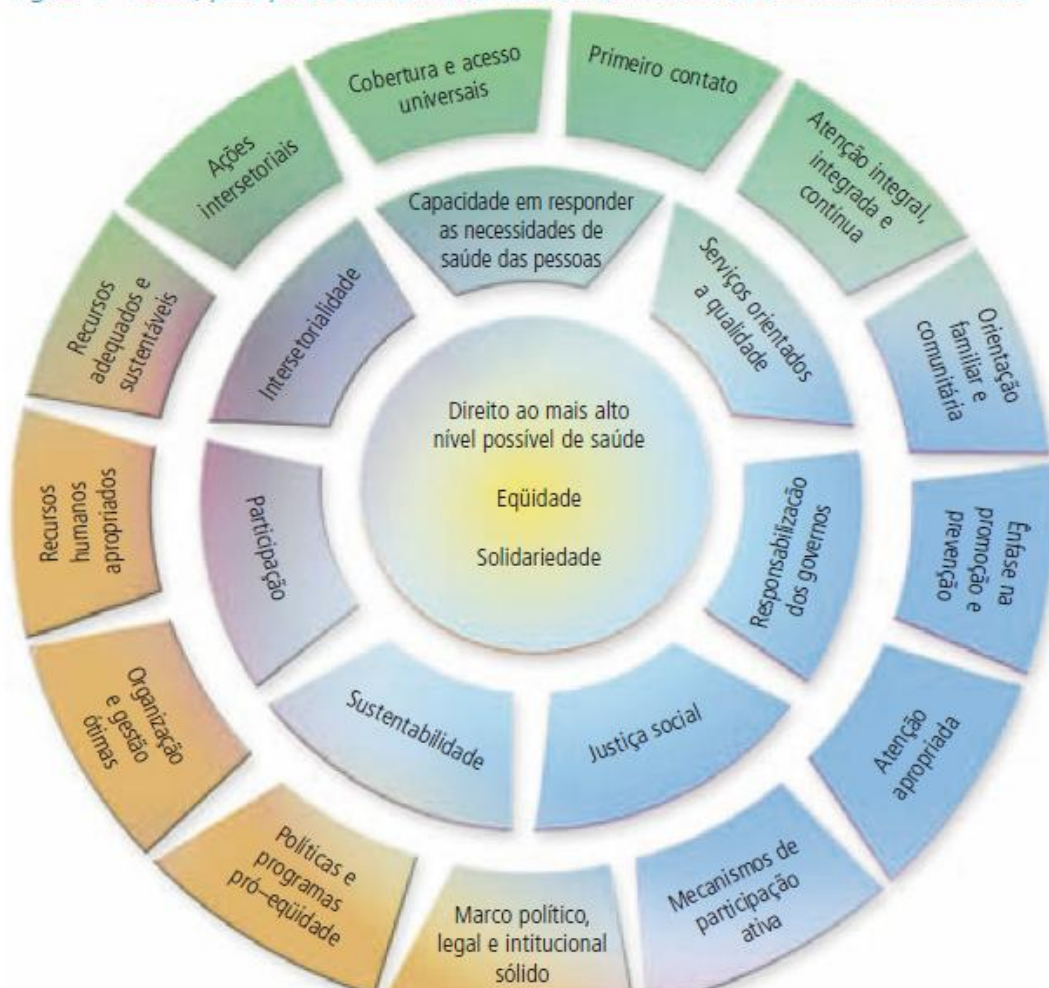


- **o acesso e utilização (primeiro contato)**
- **a longitudinalidade** – a atenção e cuidado personalizados ao longo do tempo;
- **a integralidade** – a capacidade de lidar com todos os problemas de saúde, resolvendo ou referindo ao serviço mais adequado; e a
- **coordenação** – a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades que uma abordagem integral necessita

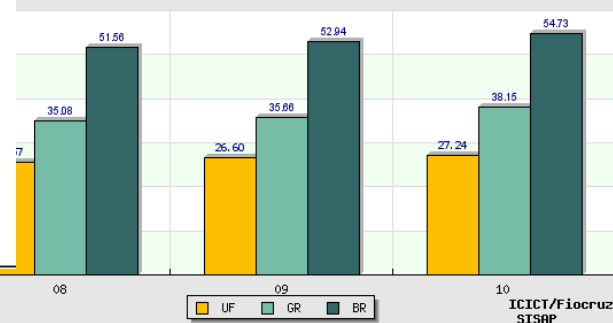
Cuidados comunitários

Atenção Primária em Saúde (APS)

Figura 1: Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS



São Paulo
cobertura da população idosa cadastrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF)



Fonte: SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

Redes de Atenção

Cuidados continuados e integrais

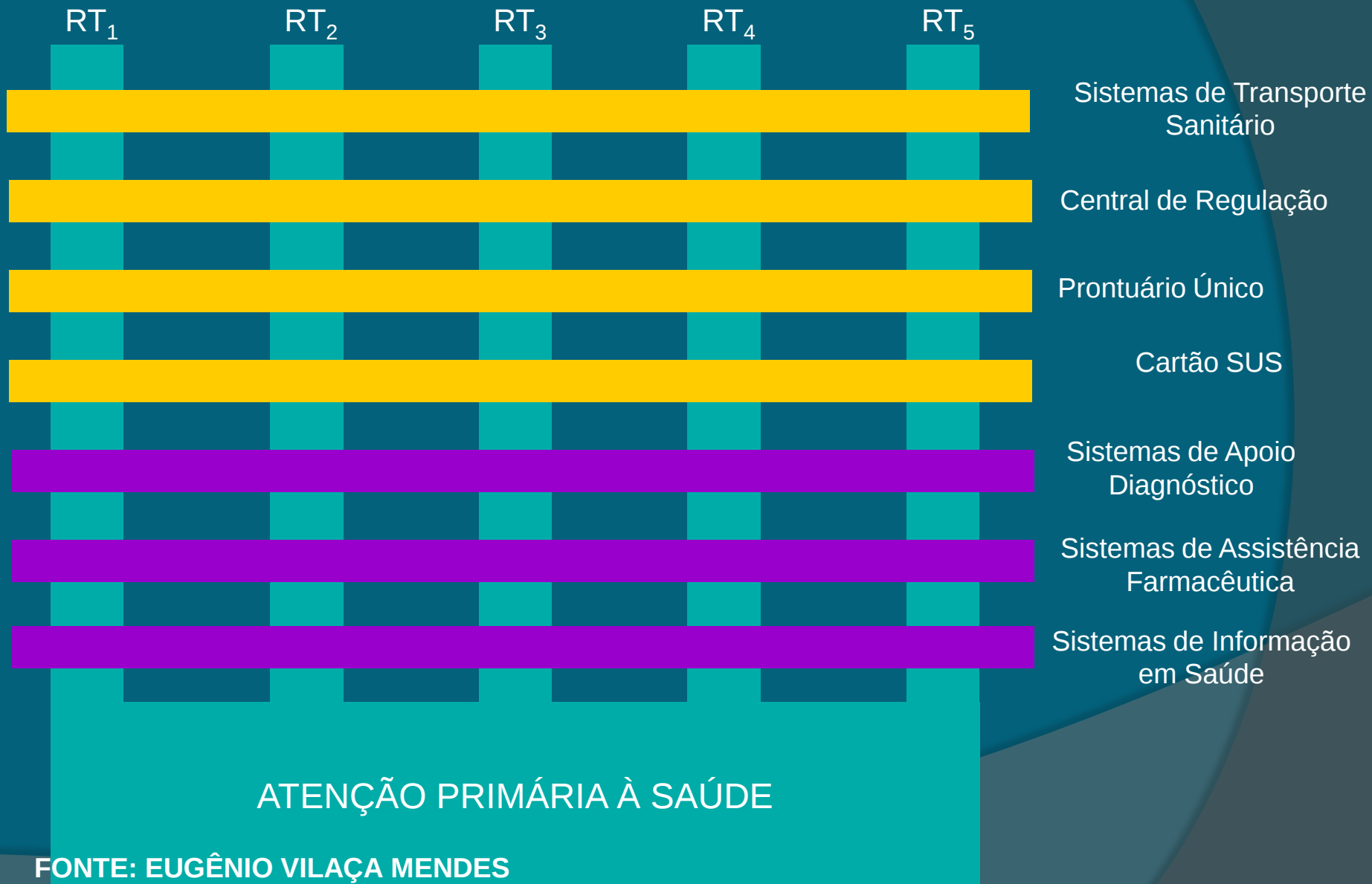
As redes de atenção à saúde conformam-se socialmente e a sua operacionalização depende da interação de três elementos constitutivos fundamentais que são a *população definida*; *uma estrutura operacional* composta por pontos de atenção, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e de governança e *um sistema lógico* de funcionamento expresso *pelo modelo de atenção singular*.



Portaria de n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010

Trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de saúde que necessita, com efetividade e eficiência.

A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Gestão do cuidado

- Avaliação de necessidades
- Múltiplas dimensões
- Instrumentos de rastreio
- Serviços disponíveis
- Planejamento de cuidados
- Projeto terapêutico Singular
- Transversalidade do cuidado
- Compartilhar saberes e decisões
- Autonomia do sujeito
- Cuidar do cuidador



Gestão da clínica



- A gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão sanitária, destinado a prover a atenção à saúde focalizada nos usuários, efetiva, segura, humanizada, eficiente, contínua e coordenada, a fim de assegurar que padrões clínicos ótimos sejam alcançados e que sejam constantemente aperfeiçoados para melhorar a qualidade das práticas clínicas.
- A gestão da clínica constitui-se de tecnologias de microgestão que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenhar as redes de atenção à saúde e ofertar outras tecnologias como a gestão de patologia, a gestão de caso, a auditoria clínica, as listas de espera etc”.
- (Mendes, 2006)

PROMOÇÃO DE SAÚDE

PREVENÇÃO DE DOENÇAS

**GESTÃO DE PATOLOGIAS: DIAGNÓSTICO
PRECOCE E TRATAMENTO ADEQUADO**

GESTÃO DE CASOS: REABILITAÇÃO

CONDIÇÕES CRÔNICAS COMPLEXAS

CONDIÇÕES CRÔNICAS

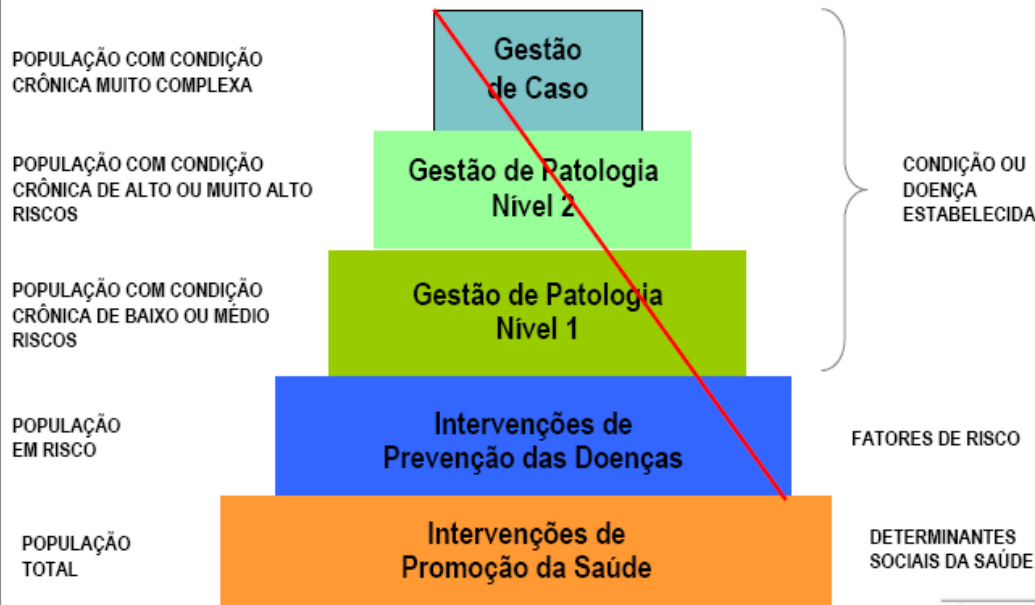
FATORES DE RISCO

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Gerenciamento de patologias

Linhas de cuidado

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM MINAS GERAIS

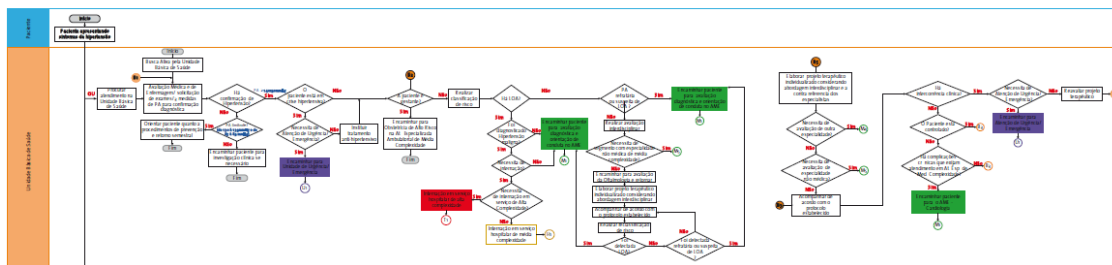


FONTE: MENDES (2007)



Fluxograma do Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

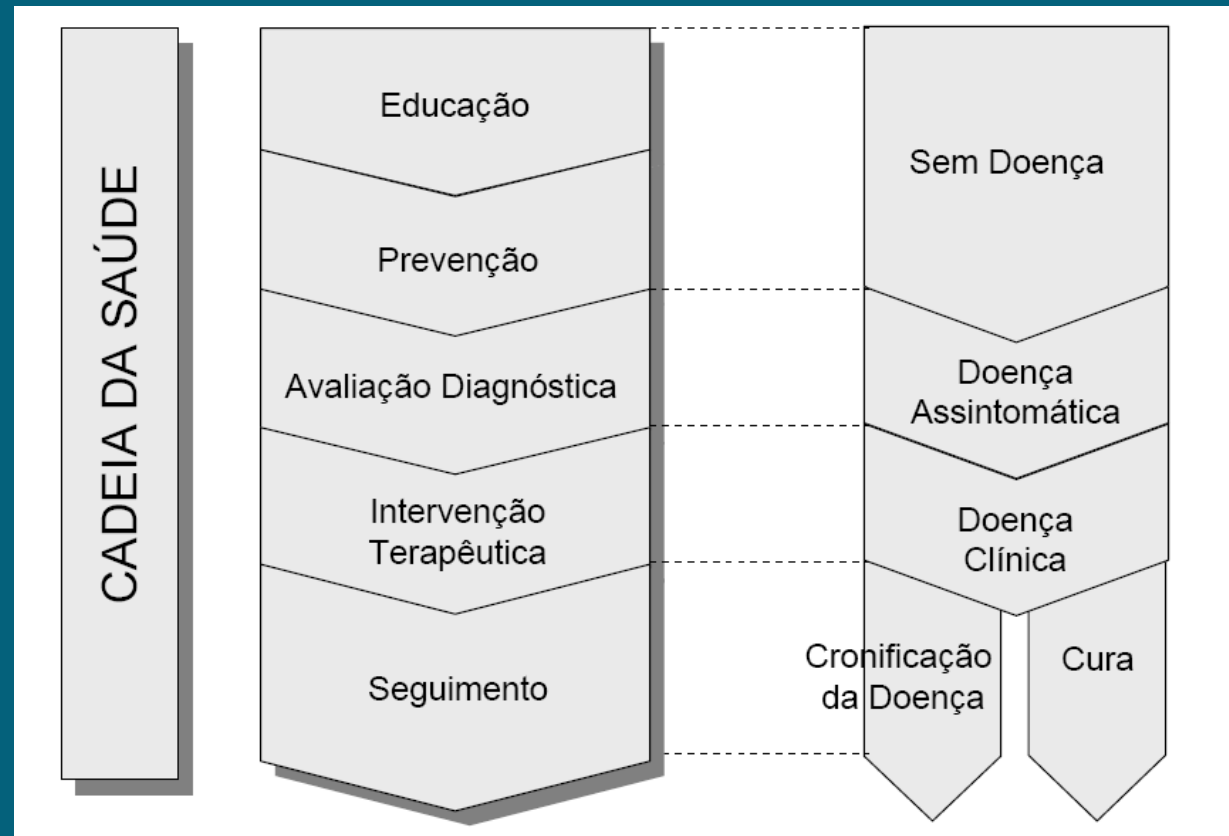
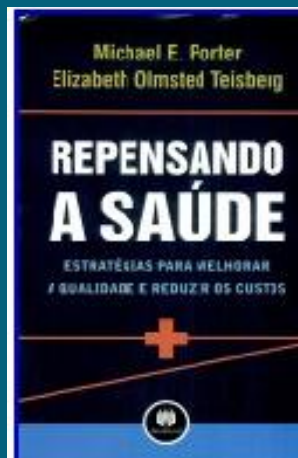
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo 2010



Competição de soma zero – cadeia de valor

“O desafio fundamental no sistema de saúde é dar partida a um novo tipo de competição - a competição em resultados para melhorar a saúde e o atendimento aos usuários”

Michael Porter



Cuidados inovadores às condições crônicas

Gestão do cuidado

PACTOS
PELA SAÚDE
2006
VOLUME 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

Diretrizes e
Recomendações para
o Cuidado Integral
de Doenças Crônicas
Não-Transmissíveis

Promoção da Saúde,
Vigilância, Prevenção e
Assistência



Cuidados
Inovadores
para
Condições
Crônicas

Componentes Estruturais de Ação

RELATÓRIO MUNDIAL



Departamento de Transmissão e Saúde Mental
Organização Mundial da Saúde

European Observatory on Health Systems and Policies Series

Caring for people with
chronic conditions

A health system perspective

Ellen Nolte
Martin McKee



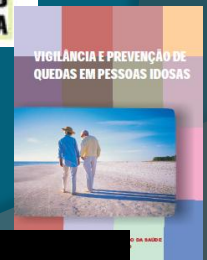
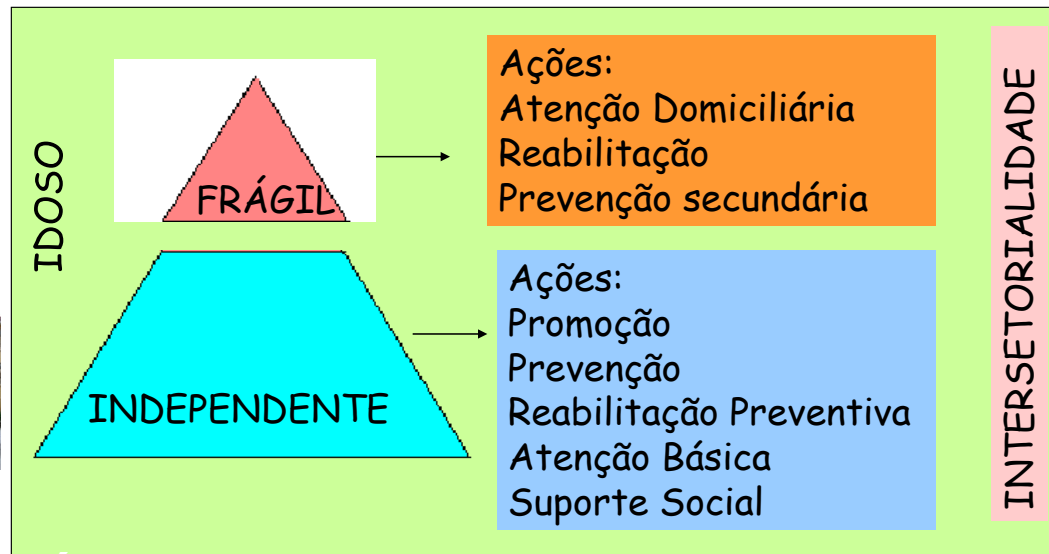
**Atenção primária em saúde é
fundamental para promover
saúde, prevenir doenças e
gerenciar cuidados crônicos em
idosos dependentes e frágeis**



Gestão do cuidado gerontológico



Saúde da Pessoa Idosa Linha de Cuidado



www.escolasdegoverno.sp.gov.br

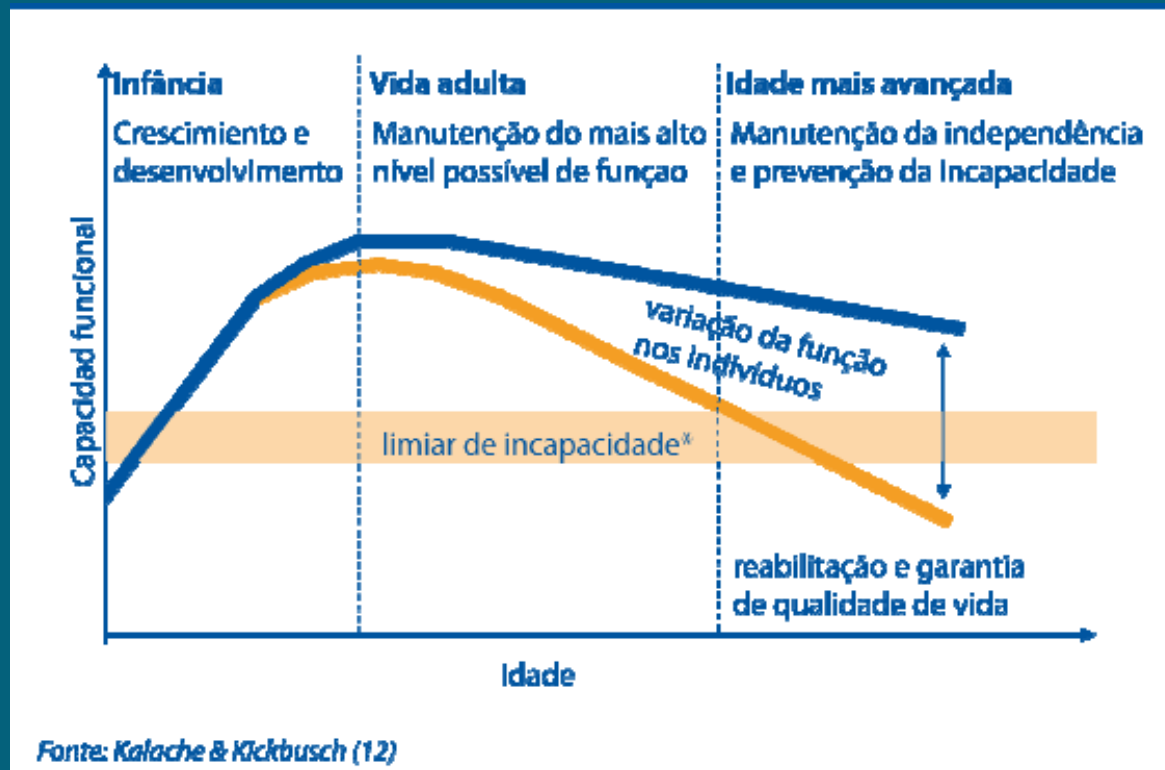
www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp

www.isaude.sp.gov.br

www.saudedapessoaidosa.blogspot.com.br



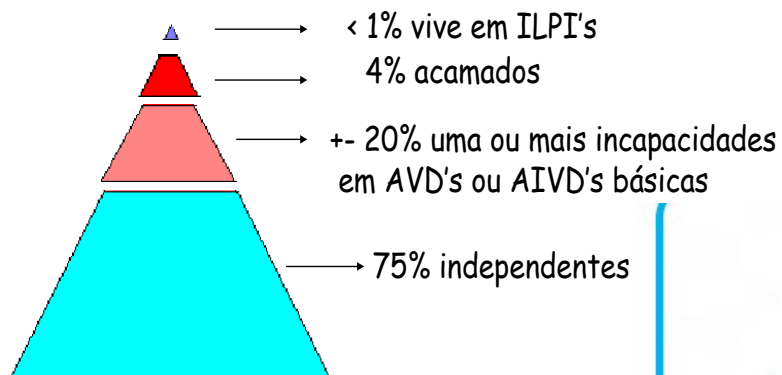
Curso de vida e Capacidade funcional



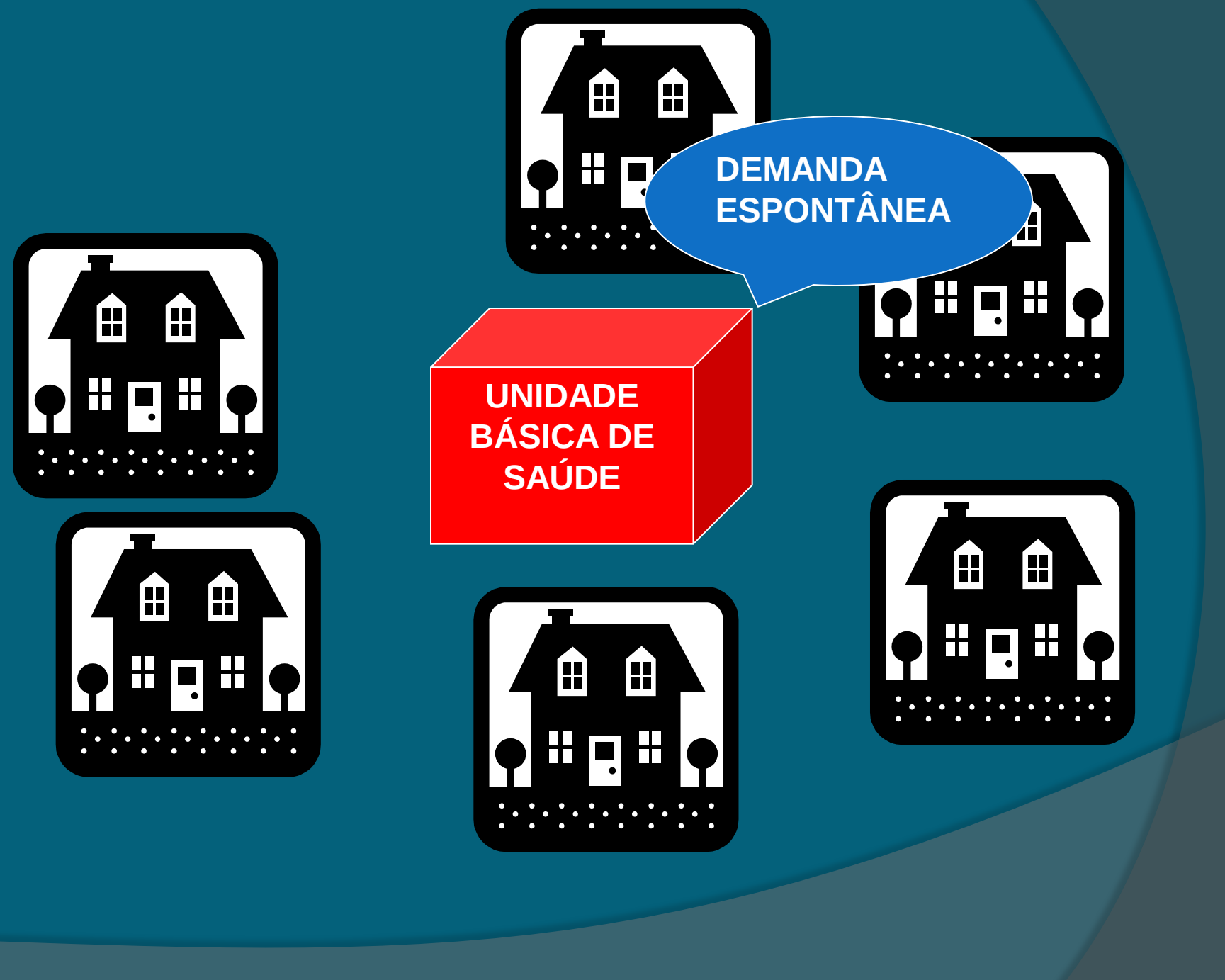
Pirâmide de risco funcional



Sistema
Único de
Saúde







DEMANDA
ESPONTÂNEA

UNIDADE
BÁSICA DE
SAÚDE



78-M - FRAGIL

90 H
ACAMADO –
VIOLENCIA?

85 M – ATIVO -
INCONTINENCIA

UNIDADE
BÁSICA DE
SAÚDE

68 M -
ACAMADO

70 – M - MORA SÓ –
NÃO VACINADO –
DEPRIM. DESNUT

65 H – ATIVO
- CAIDOR

67 H – ATIVO
10 MEDICAM

89 M -
ACAMADA

62 H -
ATIVO

80 M -
DEMENCIA

78 H – ATIVO
– INT. REPET.

72 M -
ATIVA

**GRUPO DE
CUIDADORES DE
IDOSOS**

**78-M -
FRAGIL**

**90 H
ACAMADO –
VIOLENCIA?**

**85 M – ATIVO -
INCONTINENCIA**

**UNIDADE
BÁSICA DE
SAÚDE**

**68 M -
ACAMADO**

**70 – M - MORA SÓ –
NÃO VACINADO –
DEPRIM. DESNUT**

**65 H –ATIVO
- CAIDOR**

ILPI

**67 H – ATIVO
10 MEDICAM**

**89 M -
ACAMADA**

**CENTRO DE
CONVIVÊNCIA**

SESC

**62 H -
ATIVO**

**80 M -
DEMENCIA**

**78 H –ATIVO
–INT. REPET.**

**72 M -
ATIVA**

**REDE DE URGENCIA
E EMERGENCIA
UPA, PS, AMA**

**UNIDADE
BÁSICA DE
SAÚDE**

**ESTRATEGIA
SAUDE DA
FAMILIA
EQUIPES
SAUDE BUCAL
ACAMADOS
NASF**

**ATENÇÃO
DOMICILIAR**

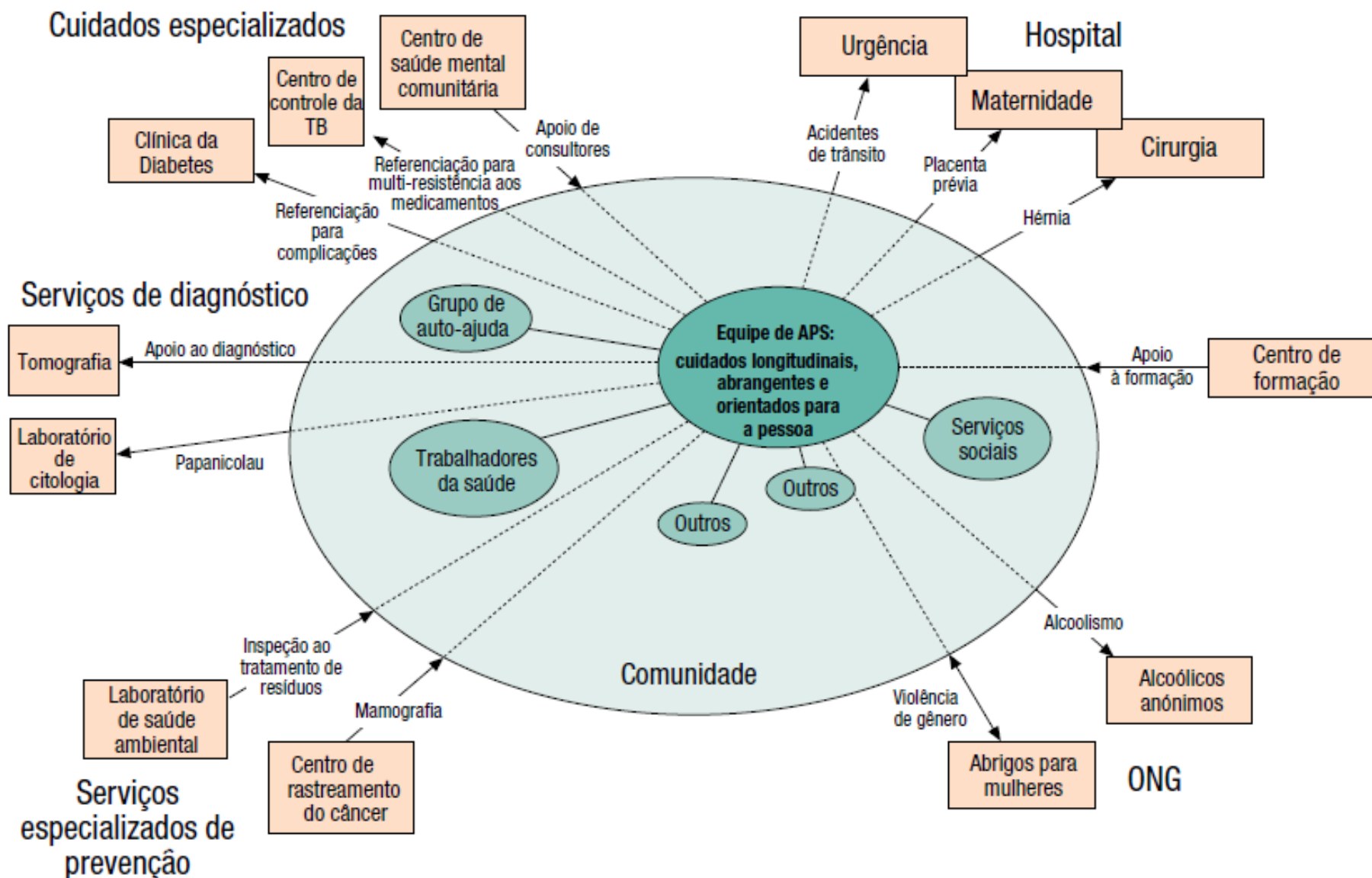
**AGENTES
CUIDADORES
IDOSOS**

**MÉDIA
COMPLEXIDADE
AMBULATORIAL
AME, AMA ESP, NGA,
AMB, POLIC**

**SERVIÇOS INTERMEDIARIOS
DE REFERENCIA
CAPS, CEO, CRI, URSI**

**INTERNAÇÃO
HOSPITALAR**

**ALTA COMPLEXIDADE
AMBULATORIAL**



Desafios para a atenção básica

- Dar respostas a crescente demanda de maneira pró-ativa
- Organizar rede de atenção a saúde da pessoa idosa com centralidade na atenção primária em saúde
- Acolhimento com classificação de risco
- Identificação de Fragilidade e vulnerabilidades
- Identificação de necessidades
- Identificação das Redes de saúde e intersetoriais
- Atuação integrada com o SUAS

AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

AMAQ

4.36	A equipe de Atenção Básica realiza acompanhamento integral da saúde do idoso.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A atenção integral à saúde do idoso pressupõe (a) a existência de cadastro atualizado dessa população no território; (b) a realização de atendimento domiciliar aos idosos impossibilitados de se locomover; (c) o monitoramento da cobertura vacinal; (d) a realização de exame da cavidade bucal e da superfície corporal em todas as consultas médicas e de enfermagem, com a finalidade de identificar lesão cancerosa e maus tratos; (e) intervenções para detecção precoce das principais demências que incidem nessa população (Parkinson, Alzheimer, etc); (f) o acompanhamento pela equipe de saúde bucal; (g) intervenções junto às famílias para identificar e capacitar cuidadores que irão prestar assistência domiciliar adequada; (h) utilização da caderneta do idoso em todas as situações de atendimento.		

Linhas de cuidado

- Fragilidades, vulnerabilidades
- Déficits sensoriais, condições crônicas, equilíbrio, cognição e mobilidade.
- Instabilidade e Quedas, Iatrogenia (Polifarmácia), Incontinência, Insuficiência Cognitiva (Demência e Depressão), Imobilidade.
- HAS e DM, Quedas e violência (Vig Epidemi/Promoção), Vacinação.

Classificação de risco

- ◉ Quedas, internações, doenças, medicamentos
- ◉ Capacidade funcional
- ◉ Instrumentos de rastreio: ABVD/AIVD (Katz, Lawton), TUG, Mini mental, GDS, questões subjetivas de fragilidade, tempo de caminhada.
- ◉ Idade, Sexo, Autopercepção da saúde, Internação hospitalar, Consultas médicas prévias , Diagnóstico de diabetes mellitus, Diagnóstico de doença arterial coronariana, Suporte social.

**Redução das
Condições Crônicas**



**Qualidade de Vida
Redução das limitações**

Agita SP

**Promoção e
Prevenção**

**Atenção
Básica**

**Comite Alim
Saudável**

Risco Cardiovascular

**Saúde Bucal
Saúde Auditiva
Saúde Ocular
Saúde Mental**

**Rastreamento
Oncológico**

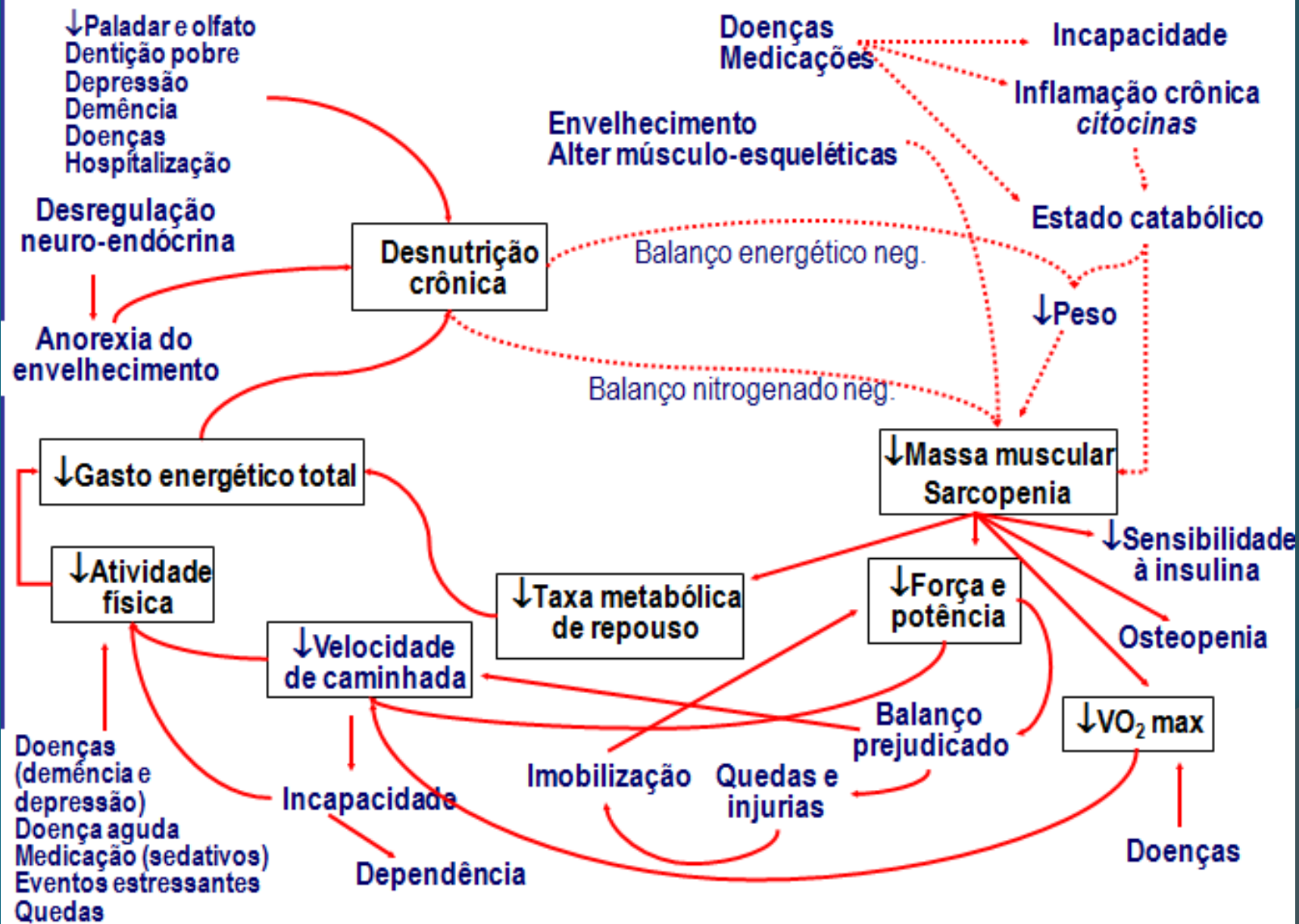
**Imunização gripes
e pneumonias**

**Risco Funcional:
Fragilidade
Osteoporose,
quedas e fraturas**

DST e AIDS

Violência







- **Vigilância epidemiológica/promoção**
- **Prevenção de violência/notificação**
- **Prevenção de osteoporose, quedas e fraturas**
- **Se vc tem mais de 60 anos e já caiu alguma vez, procure uma unidade de saúde**
- **30% das pessoas idosas caíram no último ano e metade delas voltam a cair.**

DIA 15 DE JUNHO – DIA MUNDIAL DE CONSCIENTIZAÇÃO DA
VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA



Às vezes, só as lágrimas são
visíveis...

DIGA NÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A
PESSOA IDOSA



Rede de cuidados de longa duração

Cuidados Continuados Integrados ao Idoso



- Cuidado idoso centrado, com foco na família e na comunidade
- Cuidados Continuados Integrados são o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrados na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.
- Programa Acompanhante de idosos, centros dia, Atenção domiciliar no SUS, Leitos de retaguarda

Envelhecimento Ativo e Iniciativa Amiga da Pessoa Idosa OMS: Sistemas e Serviços – Redes Amigas



Saúde, Participação e Segurança
Comunicação, Acessibilidade
e Gestão do Cuidado

Protocolos por linhas de cuidados
Avaliação Global – Instrumentos de rastreio



Intersectorialidade

- O processo de construção de ações intersectoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida.
- OMS – Política de envelhecimento ativo e cidade amiga do idoso, porteiro amigo do idoso, otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança



**Acesso
Ética**

**Desafios na gestão
do cuidado à saúde**

**Envelhecimento
condições crônicas**



**Tecnologia de Informação
e comunicação
Evidências
Humanização
Redes
Cuidados de longa duração**

**Qualidade
Segurança**

**Custo
Sustentabilidade**

SEJAM FELIZES!

ENVELHEÇAM BEM!

**AJUDEM OS OUTROS A
ENVELHECER BEM TAMBÉM!**



Marília Louvison
mariliacpl@gmail.com