

# **Política Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa**



**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

Institui a Política Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Espírito Santo.

**O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 15, inciso I, do Decreto n.º 196-N, de 15 de dezembro de 1971, e tendo em vista o que consta do processo 54769922/2011/SESA,

**CONSIDERANDO**

o artigo 230 da Constituição Federal que dispõe que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida;

a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso;

a Lei nº 5.780 de 21 de dezembro de 1998, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa;

a Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril de 2002, que aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso;

a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005, que aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos;

a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, em que a Saúde do Idoso é uma das prioridades do Pacto pela Vida;

a Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;

a Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

a Portaria GM/MS Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

a Resolução Nº 543/2008 do Conselho Estadual de Saúde, que aprova a Proposta de Institucionalização da Política das Práticas Integrativas e Complementares: homeopatia, acupuntura e fitoterapia, no Estado do Espírito Santo;

a Política Nacional de Humanização, como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS, expressa no documento: "Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS" de 2010;

a Portaria GM/MS nº 1654, de 19 de junho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.



**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

a legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) - Leis nº 8.080 e 8.142/1990 e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990;

a Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS);

o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022;

o progressivo processo de envelhecimento populacional brasileiro, situação presente também no Espírito Santo, onde a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos corresponde a aproximadamente 11% da população geral;

a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com os princípios do SUS;

a necessidade de aperfeiçoar a qualidade do atendimento e organizar a rede de atenção à saúde da pessoa idosa no Estado do Espírito Santo,

**R E S O L V E**

**Art. 1º.** Instituir a Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde do Espírito Santo, conforme disposições que constam do Anexo desta Portaria e dela são parte integrante.

Esta Política, em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa GM/MS nº 2528/2006, se efetivará por meio de ações a serem adotadas pelo Estado do Espírito Santo, visando à melhoria do acesso, da qualidade dos serviços e da humanização na atenção às pessoas idosas, respeitados os princípios da ética, dos direitos da pessoa idosa, as peculiaridades sociais e culturais deste grupo etário e, ainda, respeitados os princípios, diretrizes, responsabilidades e competências das diferentes esferas de gestão do SUS.

**Art.2º.** Estabelecer diretrizes, normas e estratégias para organização da rede de atenção à saúde da pessoa idosa, que contemplem ações necessárias à promoção do envelhecimento saudável e ativo, à assistência integral e integrada e à atenção especializada para idosos dependentes e frágeis; em todos os níveis de complexidade do SUS, contemplando os respectivos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, e incluindo a assistência farmacêutica e de imunobiológicos.

**Parágrafo único:** Fica determinado que doravante as ações de saúde desta Secretaria que se relacionem com o tema objeto dessa política, promovam a elaboração e a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades estabelecidas nesta Portaria.

**Art.3º** Estabelecer que a Equipe Técnica de Referência de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da SESA deverá realizar oficinas em cada região de saúde do Plano Diretor de Regionalização do Estado, para fins de planejar com os Municípios as estratégias e metas necessárias à organização da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e elencar as prioridades de ações necessárias às melhorias na área em questão, em consonância com os instrumentos de gestão em vigor.



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**Secretaria de Estado da Saúde**

**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

**Art.4º** Estabelecer que no prazo de 1 (um) ano a Equipe Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da SESA deverá apresentar à Comissão Intergestores Bipartite o resultado do trabalho referido no Artigo anterior, para que sejam estabelecidas as estratégias das gestões de saúde do Estado e dos Municípios com vistas à implantação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do SUS-ES e institucionalização dos mecanismos de monitoramento e avaliação.

**Art.5º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 04 de julho de 2012.

**JOSÉ TADEU MARINO**  
Secretário de Estado da Saúde

**OBS.: PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DE 05/07/2012.**



## **PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

### **ANEXO I**

#### **POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

##### **1. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Viver mais tempo e com melhor saúde é uma das maiores conquistas da sociedade contemporânea dos últimos tempos. Na maioria dos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, a expectativa média de vida vem aumentando em torno de dois anos e meio por década, aproximando-se do que ocorre nos países desenvolvidos.

Na civilização moderna torna-se imperativo perceber a velhice como questão pública positiva para o desenvolvimento humano; a vida mais longa deve deixar de ser problema para ser vista como oportunidade.

À medida que as pessoas envelhecem de forma bem sucedida, elas podem fazer opção de como querem viver e, tem sido comum, manifestarem o desejo e o direito de serem respeitadas e úteis às suas famílias e à comunidade, tornando-se mais ativas.

O envelhecimento populacional é sem dúvida um indicador de que a qualidade da saúde das pessoas vem evoluindo através dos tempos. Se as políticas públicas forem apropriadas ao contexto de sociedade envelhecida, a vida das pessoas idosas será também melhor e mais feliz. Neste aspecto, o setor saúde tem um papel determinante no desenho das políticas, em prol de favorecer o prolongamento da vida de forma saudável, ou seja, agindo no sentido de comprimir a incidência de morbidade através das ações promocionais e preventivas, e também para que a incidência de enfermidades não se revele em incapacidades que comprometam a qualidade de vida das pessoas idosas.

No Espírito Santo, dados do último censo (IBGE 2010) apontam que houve um aumento do percentual de idosos em relação à população geral, porque o percentual de pessoas com idade igual e maior que 60 anos de idade passou de 8,08% no ano de 2000, para 10,37% no ano de 2010. É relevante destacar que também houve envelhecimento do próprio segmento idoso da população, uma vez que em dez anos a quantidade de pessoas idosas com idade entre 80 e 84 anos quase duplicou, saltando de 16.756 para 30.313 em números absolutos, e o número de pessoas com mais de 100 anos totalizou 504 no mesmo ano. A expectativa média de vida também segue aumentando, foi 74,76 anos, sendo 70,25 anos para os homens e 79,6 para as mulheres, conforme gráfico abaixo.

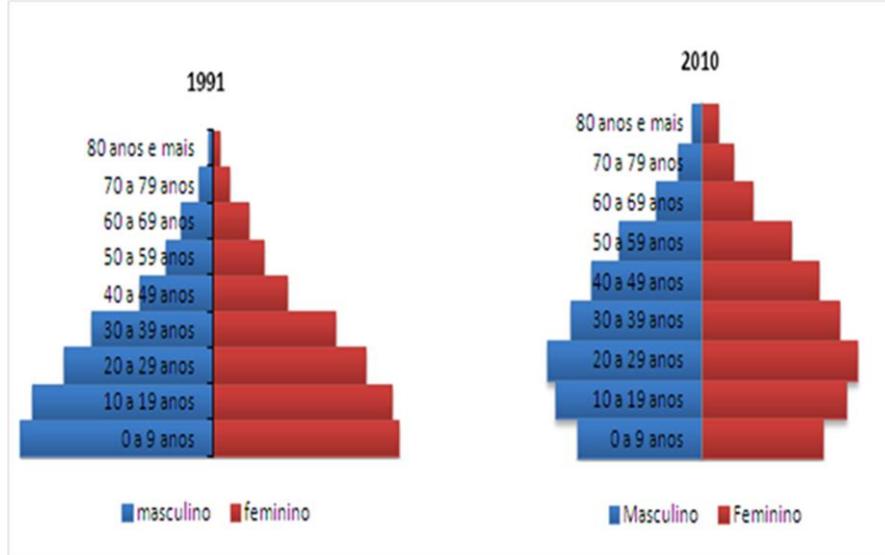
##### **Distribuição populacional por faixa etária no ES: 1991 e 2010**

Faixa Etária	1991		2000		2010	
	População	%	População	%	População	%
0-14 anos	906.773	34,87	888.969	28,70	811.642	23,09
15 a 59	1.518.844	58,40	1.958.067	63,21%	2.338.565	66,53



**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

Pirâmide Etária do Espírito Santo, 1991 - 2010

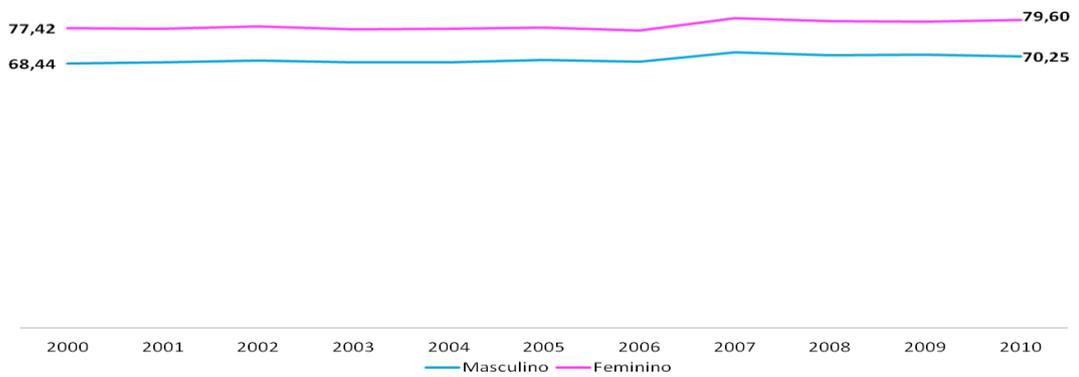


Fonte: IBGE

60 e mais	175.001	<b><u>6,73</u></b>	250.196	<b><u>8,08</u></b>	364.745	<b><u>10,37</u></b>
-----------	---------	--------------------	---------	--------------------	---------	---------------------

Fonte: IBGE

**Expectativa de Vida, por sexo, Espírito Santo - 2000 a 2010**



Fonte: IBGE 2010



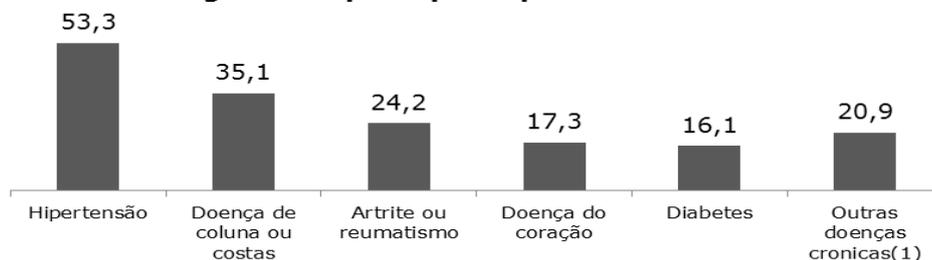
## **PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

A expectativa de vida saudável, guardando a similaridade com a expectativa de vida total, considera o número médio de anos de vida que uma pessoa de determinada idade pode esperar viver com saúde, com vantagem de combinar em um único índice informações de morbidade e mortalidade naquela idade específica. Embora a expectativa de vida saudável possa se referir aos anos de vida, independente de alguma doença, como por exemplo: expectativa de vida livre de demência, de doenças cardiovasculares ou de doenças osteoarticulares, ela é mais comumente estimada através da mensuração da expectativa de vida livre de incapacidade funcional.

Como, à medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de adquirir uma doença crônica, sendo incomum encontrar uma pessoa idosa que não seja portadora de alguma enfermidade crônica, estudos revelam que cerca de 2/3 (dois terços) das pessoas idosas apresentam pelo menos uma doença ou condição crônica. Entretanto, as doenças ou condições crônicas – e as incapacidades delas resultantes, não são consequências inevitáveis do envelhecimento, muitas vezes refletem a maneira de como as tratamos. Logo a prevenção em qualquer nível (primária, secundária e terciária e quaternária) é efetiva mesmo nas fases mais tardias da vida.

Na Pesquisa das Condições de Vida da População Brasileira publicada na Síntese dos Indicadores Sociais - PNAD 2009, verificou-se que somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças. Para aqueles de 75 anos ou mais de idade, esta proporção foi de 19,7%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica e, no subgrupo de 75 anos ou mais de idade, a proporção atingia mais da metade (54,0%). Entre as doenças crônicas, a hipertensão é a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos, conforme gráfico abaixo.

**Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que declararam sofrer algum tipo de doença crônica, segundo os principais tipos - Brasil - 2008**

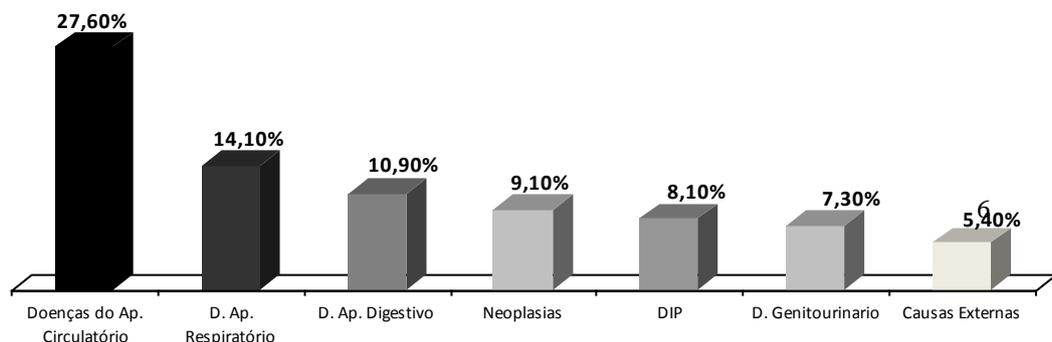


Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. (1) Inclui depressão (9,2%), asma ou bronquite (5,9%), tendinite ou tenossinovite (5,0%), insuficiência renal crônica (3,3%) e câncer (2,5%).

Com relação às condições de saúde da população do Espírito Santo, no ano de 2011, 21,35% das internações no SUS corresponderam às pessoas na faixa etária acima de 60 anos. Neste mesmo grupo a permanência média hospitalar foi de 6,6 dias e a evolução para óbito de 9,6%.

As principais causas de morbidade hospitalar da população idosa no Estado, de acordo com os grandes grupos de causa (CID 10), podem ser visualizadas nos gráficos abaixo:

**Morbidade hospitalar proporcional segundo os principais grupos de causas – 2010**

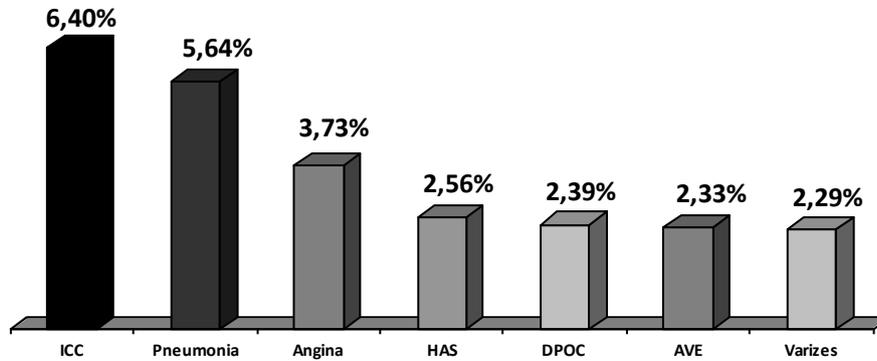


Fonte: DATASUS/SIH-SUS



**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

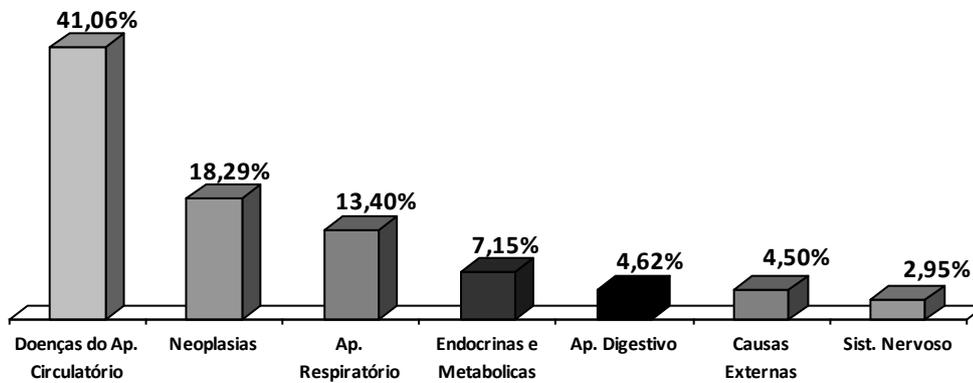
**Morbidade Hospitalar proporcional segundo as principais causas - 2010**



Fonte: DATASUS/SIH-SUS

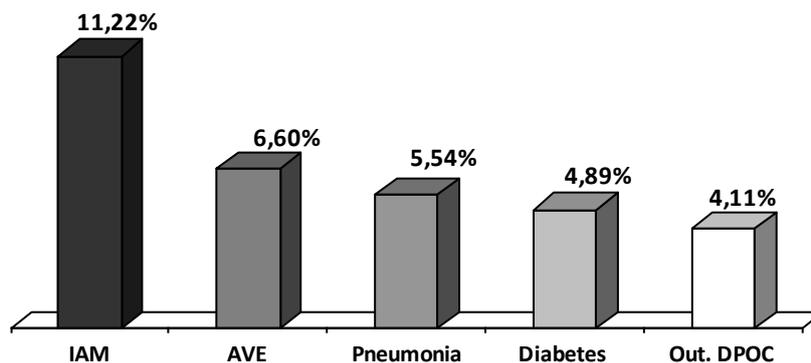
Nesta população com idade superior a 60 anos as principais causas de mortalidade estão demonstradas nos gráficos abaixo:

**Mortalidade proporcional por principais Grupos de Causa - 2010**



Fonte: SESA/TABNET/SIM

**Mortalidade proporcional por principais causas - 2010**



Fonte: SESA/TABNET/SIM



## **PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

Ainda que o êxito do investimento em Saúde seja retardar o aparecimento de enfermidades, o envelhecimento populacional, por consequência de fatores biológicos e socioeconômicos inerentes ao próprio processo de envelhecimento, revela que são as pessoas idosas as principais protagonistas nas consultas médicas, nos ingressos aos hospitais e no consumo de medicamentos e outros insumos do setor. Este é o lado

oposto da moeda; entretanto, não podem ser culpabilizadas por sobrecarregar o sistema de saúde ou serem vistas como estorvos para a sociedade. Ao contrário, se são os principais usuários do sistema de saúde, este sistema precisa se adequar e se organizar, de forma a prestar atendimento satisfatório às suas demandas e necessidades. Para além de cobrir assistência ao número cada vez maior de pessoas idosas que entram no setor, será necessário adotar estratégias eficazes e eficientes, implantar novas estruturas organizacionais e melhorar a capacitação de profissionais de saúde, a fim de adequá-los (serviços e recursos humanos) ao paradigma clássico das necessidades deste segmento etário, que carece de uma assistência específica, integral, integrada e interdisciplinar.

O principal risco das pessoas idosas quando adoecem, seja por enfermidade aguda ou crônica, é o consumo de suas reservas funcionais remanescentes, possibilitando o desenvolvimento de incapacidades físicas ou mentais, de modo parcial ou total, temporal ou definitivo, podendo levá-las à condição de dependência e ou de fragilidade. Fragilidade é uma síndrome complexa com a participação de fatores de ordem biológica, psicológica e social que ocorrem no curso do envelhecimento e coloca o idoso em situação de vulnerabilidade para a ocorrência de desfechos adversos como declínio das reservas funcionais, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.

Quando não reconhecida, esta condição além de aumentar o risco de morbimortalidade para o indivíduo, torna-se fator de risco para iatrogenia, polifarmácia, declínio funcional, dentre outros, desencadeando maior consumo de recursos e gastos por parte do setor público, os quais poderiam ter sido evitados. Neste campo, é fundamental que as equipes da Atenção Primária à Saúde estejam aptas a reconhecer os riscos para o indivíduo idoso, bem como a potencialidade de declínio funcional por meio de uma análise ampliada proporcionada pela abordagem biopsicossocial, inerente a este espaço de atenção, com ferramentas específicas nas áreas de abordagem familiar e comunitária para a mobilização de recursos fundamentais à preservação da funcionalidade da pessoa idosa e de sua família.

Quando uma pessoa idosa requer hospitalização, a aplicação precoce de conhecimentos e práticas da assistência geriátrica e gerontológica, mediante a intervenção de equipe especializada em geriatria e gerontologia, permite a avaliação das necessidades de saúde de forma global, com o objetivo de propor um plano de cuidados e de reabilitação, minimizando o risco de fragilidade e permitindo o regresso do paciente idoso ao lar mais rapidamente e com menor chance de obter uma seqüela funcional, do que ocorre habitualmente nos serviços gerais. Desta forma as equipes especializadas, no âmbito hospitalar, permitem diminuir o tempo de internação, utilizam os recursos complementares e terapêuticos mais racionalmente e, por consequência, reduzem os custos em saúde, como tem sido demonstrado em vários centros mundiais. Posteriormente à alta hospitalar, possibilitam a continuidade da assistência e cuidados, muitas vezes reabilitação funcional contínua ou de longo prazo, com a participação da família, e de acordo com as orientações recebidas da equipe de saúde de referência, em conjunto com a equipe de Atenção Primária, notadamente nas áreas com cobertura pela Estratégia de Saúde da Família, proporcionando a criação de um plano terapêutico conjunto e mais apropriado àquela determinada realidade pós-alta, desde que haja um suporte social e de saúde adequados. As pessoas idosas frágeis, portadoras de morbidades crônicas, em situações de dependência parcial ou total, dependerão de



## **PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

cuidados especiais no domicílio, e a continuidade do apoio profissional de equipe interdisciplinar, de medicamentos e outros insumos do setor.

Neste contexto, a Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa do Espírito Santo será organizada em todos os níveis de complexidade da assistência do SUS e de acordo com três eixos estratégicos: **Assistência integral e integrada, Formação e Educação Permanente e Intersetorialidade** e suas respectivas diretrizes.

### **2. EIXOS ESTRATÉGICOS E SUAS DIRETRIZES**

#### **EIXO 1: ASSISTÊNCIA INTEGRAL E INTEGRADA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA DIRETRIZES:**

Organizar a rede de atenção à saúde da pessoa idosa, contemplando os diversos níveis de complexidade de assistência do SUS, observando as ações preventivas, promocionais, curativas, paliativas e reabilitadoras, por meio do desenvolvimento de ações prioritárias que visem o envelhecimento ativo e saudável da população, e com atenção específica as pessoas idosas em risco de declínio funcional e para aquelas em situação de fragilidade.

Adotar medidas operacionais que visem à humanização do atendimento às pessoas idosas pelos profissionais de saúde, considerando as especificidades dessa faixa etária, a melhoria do acesso à rede de saúde, com agilidade na prestação de serviços, combatendo a negligência e a discriminação.

Adotar medidas operacionais que identifiquem, corrijam e melhorem a acessibilidade e a segurança das pessoas idosas nos estabelecimentos da rede pública de saúde.

Identificar o segmento idoso, por meio da articulação com os municípios, para organizar o fluxo de atenção à saúde da pessoa idosa por área de abrangência e por níveis de complexidade, para a adstrição dos usuários, inclusive readequando a regionalização de acordo com o perfil da população por equipe de Atenção Primária à Saúde e desenvolvimento de relação de vínculo e de responsabilização, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Implantar e regular a ação municipal de adoção do instrumento metodológico **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** do Ministério da Saúde, para identificação do perfil e estratificação de risco da população idosa, apoiando as medidas necessárias para a referida implantação.

Implantar a metodologia de **avaliação da capacidade funcional** da pessoa idosa nos serviços de saúde da rede SUS, com destaque para a Atenção Primária à Saúde, para identificação e acompanhamento do idoso frágil ou em risco de declínio funcional (Anexo II), a fim de promover a integração destes às ações de reabilitação e/ou especializada, e estabelecer critérios de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção, necessários ao atendimento adequado deste segmento etário, com garantia da continuidade do acompanhamento longitudinal no nível da Atenção Primária. As equipes de Atenção Primária à Saúde deverão dominar em seu processo de trabalho, técnicas de abordagem familiar e comunitária, além de ferramentas que possam auxiliar na identificação precoce de idosos com maior risco de declínio funcional e idosos frágeis. Seu processo de educação permanente deverá ser potencializado por meio de estratégias que visem a discussão de casos observados na área de abrangência, além da criação de projetos terapêuticos singulares onde a corresponsabilização com a atenção especializada em geriatria e gerontologia seja garantida. Como detalhamento do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde descreve-se: atualização do cadastro da população idosa no território, adoção da caderneta do idoso em todas as situações de atendimento, monitorização da cobertura vacinal, realização de busca ativa de sinais corporais que



**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

possam identificar lesões neoplásicas, reconhecimento e denúncia de situações de maus-tratos, realização de acompanhamento pela equipe de saúde bucal, realização de atendimento domiciliar àqueles idosos impossibilitados de se locomover e realização de intervenções junto às famílias para identificar e capacitar cuidadores capazes de prestar assistência domiciliar adequada.

Desenvolver atenção ambulatorial especializada em saúde da pessoa idosa nas regiões de saúde do Estado, com o objetivo de prestar assistência geriátrica e gerontológica qualificada, fundamentada no princípio da assistência de referência e contrarreferência. As regiões de saúde deverão dispor de recursos para desenvolver ações diagnósticas, de tratamento e de reabilitação para os indivíduos idosos com risco de perda funcional ou portadores das principais síndromes geriátricas bem como trabalhar a territorialização apropriada de forma a atender às demandas desta faixa etária e contar com equipes multiprofissionais com formação em geriatria e gerontologia.

O Estado deverá estimular os municípios a implantarem os núcleos de apoio à saúde da família, que são estruturas de atendimento particularmente importantes para o grupo idoso, devido a resolubilidade que contemplam por meio do apoio matricial que podem prestar às equipes de saúde da família e por disporem de ações reabilitadoras necessárias à atenção integral à saúde deste público alvo.

Adotar e fortalecer a implantação dos protocolos de linhas de cuidado para as síndromes e enfermidades mais prevalentes que acometem as pessoas idosas e para o acesso aos medicamentos e insumos adotados na assistência, organizando o fluxo para a efetividade destes procedimentos em todos os níveis da atenção a saúde.

Promover a incorporação das práticas integrativas e complementares (homeopatia, medicina tradicional chinesa, acupuntura, fitoterapia e plantas medicinais) e das práticas corporais em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde da pessoa idosa.

Organizar, pactuar e regular o acesso das pessoas idosas aos serviços especializados de atenção secundária à saúde, como consultas, assistência diagnóstica e terapêutica, reabilitação, cuidados paliativos, respeitando os pactos firmados entre as esferas de governo.

Fortalecer a vigilância e a promoção dos direitos das pessoas idosas, incentivando e apoiando os municípios na implantação da rede de proteção para as pessoas idosas em situação de violência, implantando a ficha de notificação de violência em toda rede de atenção.

Incentivar os municípios a implantarem modalidades de atendimento no regime de Centro Dia para pessoas idosas frágeis ou com algum grau de incapacidade funcional, com a finalidade de prestar atendimento multidimensional, com reabilitação, a fim de postergar ao máximo internações e institucionalizações de longa permanência. Equipamentos de gestão compartilhada entre a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Assistência Social.

Estruturar equipes de parecer, avaliação e cuidados geriátricos a serem implantadas nos hospitais gerais da rede pública sob gestão estadual, bem como pactuar sua organização na rede municipal ou conveniada/contratada. Estas equipes terão a responsabilidade de prestar consultoria clínica e atendimento hospitalar aos pacientes idosos portadores de síndromes geriátricas, desde a admissão até a alta hospitalar, como estratégia de detectar precocemente, prevenir e reduzir a incidência e agravamento de declínio funcional.

Implantar a assistência hospitalar de cuidados geriátricos na rede SUS, destinada a prestar cuidados especializados em Geriatria e Gerontologia às pessoas idosas



## **PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

internadas, portadoras de diferentes doenças de base, com risco de declínio funcional. Serão unidades de atenção às pessoas idosas que requeiram recuperação funcional após processos clínicos, cirúrgicos ou traumatológicos, visando a diminuição de sequelas de qualquer das doenças prévias, tanto de processos agudos como de reintensificações de processos crônicos, e que deste modo, atendam ao critério de classificação de pacientes geriátricos. Os hospitais que implantarem esta modalidade de assistência deverão contar com equipe multiprofissional especializada (médico especialista em Geriatria e demais profissionais com formação em Gerontologia) e metodologia de trabalho interdisciplinar, garantindo as medidas amplas de reabilitação e proteção da pessoa idosa. Estas unidades adotarão critérios próprios de internação, priorizando aqueles pacientes portadores das grandes síndromes geriátricas e aqueles que apresentam enfermidades com potencial de reabilitação. Nestes estabelecimentos deverão ser implantadas também unidades de cuidados paliativos, que atenderão os pacientes idosos diagnosticados, tendo a assistência específica de sua doença de base já determinada (como por exemplo, pacientes oncológicos terminais com acompanhamento do médico oncologista). As unidades hospitalares de cuidados geriátricos deverão ser implantadas com estrutura física adequada, dentro dos padrões mínimos específicos de funcionamento e com estrutura anexa para assistência em cuidados paliativos. E ainda, sempre que possível, os hospitais deverão adequar junto ao serviço de geriatria a atenção domiciliar destinada aos pacientes idosos, garantindo transporte sanitário para os casos específicos.

### **EIXO 2. FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE** **DIRETRIZES:**

Desenvolver ações de formação e educação permanente para profissionais e gestores do SUS na área do envelhecimento e saúde da pessoa idosa, sob coordenação do setor de desenvolvimento de recursos humanos da SESA, com foco na aquisição, atualização e produção de conhecimentos e habilidades, para a assistência integral e integrada, ações de promoção da saúde e vigilância de agravos da população idosa.

Promover ações educativas destinadas aos profissionais e gestores do SUS envolvendo as gerências e áreas técnicas da SESA, prioritariamente a atenção primária, urgência e emergência, saúde mental, saúde bucal, doenças crônicas não transmissíveis e ações de saúde definidas por gênero, com finalidade de incluir as especificidades da atenção ao envelhecimento e à população idosa no contexto destas áreas referidas e outras afins.

Promover ações educativas integradas para conhecimento e melhoria da atenção à população idosa por parte de gestores e dos profissionais envolvidos com ações específicas de populações minoritárias, vulneráveis, carcerárias, pessoas portadoras de deficiência, trabalhadores rurais, dentre outras, para a promoção da equidade dos distintos grupos sociais na velhice.

Implantar modelos de currículos ou de programas extra curriculares de treinamento para fins de educação básica de crianças e jovens, que incorporem os preceitos básicos do envelhecimento ativo, como forma de incentivo e promoção da adoção de estilos de vida saudáveis e promissores de um envelhecimento mais saudável da população.

Promover a articulação entre governo, instituições de ensino, serviços de saúde e o controle social, para fins de elaboração de estratégias coordenadas no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da educação permanente, nas áreas de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e de Cuidados Paliativos, com base em diagnósticos situacionais e especificidades loco regionais.



## **PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

Apoiar os centros acadêmicos, as sociedades científicas e as redes de cooperação de estudos de população, envelhecimento e desenvolvimento, na realização de estudos e pesquisas sobre condições de vida e saúde da pessoa idosa, assim como organizar reuniões de trabalho e intercâmbio para fortalecer o desenvolvimento do tema e a formação de recursos humanos nesta área.

### **EIXO 3. INTERSETORIALIDADE** **DIRETRIZES:**

Promover a integração do setor saúde com os demais setores da administração pública, buscando a corresponsabilidade intersetorial para propiciar a articulação de programas, projetos e serviços voltados para a população idosa e o estímulo ao envelhecimento ativo e saudável da população, contando sempre com a participação dos indivíduos idosos na eleição das ações e recursos de seus interesses.

Articular e trabalhar com o conjunto da sociedade pela erradicação de todas as formas de discriminação e violência contra as pessoas idosas e criar redes institucionais de proteção dos direitos humanos desse segmento etário.

Realizar a vigilância e prevenção de acidentes, de quedas e de violência contra a pessoa idosa, bem como estimular e fiscalizar a melhoria da acessibilidade das pessoas idosas aos espaços e serviços públicos por meio de ações integradas intersetorialmente.

Estimular e apoiar iniciativas para o desenvolvimento integral das ações de promoção de melhorias da qualidade de vida da pessoa idosa e difundir o conceito de envelhecimento ativo dos indivíduos, por intermédio de modelos de orientação e educação para a adoção de estilos de vida saudáveis, promissores do envelhecimento ativo e auxiliares do aumento da longevidade, a serem incorporados pela sociedade durante todo o curso de vida, e que possam fazer parte de diversas atividades desenvolvidas na comunidade.

Estimular a adoção de práticas de gestão em todas as esferas de governo, que incorporem a participação das pessoas idosas na eleição dos recursos para o atendimento às suas demandas e necessidades em saúde e o exercício do controle social por parte das mesmas.

Realizar articulação com o órgão gestor da política de Assistência Social visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados por equipamentos que oferecem atendimento às pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, principalmente social, tais como: abrigos e\ou albergues, instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), casa-lar e república, com o objetivo de planejar ações de cobertura de atenção à saúde, de responsabilidade das instituições, governamentais ou não-governamentais, suprimindo deficiências desta assistência e evitando-se a fragmentação da cobertura de cuidados às pessoas idosas institucionalizadas.

Implantar modelos de atenção de cuidados no domicílio, envolvendo serviços e pessoas de apoio comunitários, formais e informais, de maneira a prestar cuidados às pessoas idosas que residem sozinhas, que estão incapacitadas física ou mentalmente, aquelas com carência de apoio familiar e aquelas vítimas de negligência ou maus tratos, com a incorporação das áreas social, judiciária, saúde e educação, que sejam organizadas de maneira a prestar serviços de promoção, prevenção e reabilitação frente aos problemas de violência doméstica.

Organizar programas comunitários de atenção e apoio às pessoas idosas portadoras de níveis complexos de dependência, com a coordenação de ações e serviços das áreas de assistência social e de saúde, com o envolvimento da família e com o desenvolvimento de capacitação de cuidadores informais, como forma de promover cuidados de longo



## **PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

prazo e prevenir intercorrências que resultem em internações prolongadas ou repetidas e a institucionalização permanente.

### **3 - COMPROMISSOS INSTITUCIONAIS**

A partir da publicação desta portaria, a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio de suas respectivas áreas técnicas de atenção à saúde da pessoa idosa, deverão em conjunto elaborar o plano estratégico de desenvolvimento, com pactuação das prioridades para execução dessa política, definição e alocação de recursos de investimentos na rede de atenção à saúde da pessoa idosa e identificação de indicadores de monitoramento e avaliação, de acordo com as regiões de saúde e de forma pactuada nas comissões intergestores, respeitando os instrumentos de gestão vigentes.

As ações e serviços de saúde estabelecidos nesta portaria deverão se adequar às normas da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), Formulário Terapêutico Nacional (FTN) e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, além das correspondentes responsabilidades e pactuações, sendo direcionados em consonância com as diretrizes, metas e prazos definidos nos planos de saúde no âmbito municipal e estadual.

A área técnica de atenção à saúde da pessoa idosa da SESA em conjunto com a Gerência Estratégica de Planejamento e Desenvolvimento Institucional e Gerência de Regulação, deverão no prazo de 03 meses, a contar da data de publicação desta Portaria, elaborar o Plano Diretor de Investimento para implantação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, obedecendo ao Plano Estadual de Saúde e ao Plano Plurianual vigentes.

O governo do Estado, considerando o franco envelhecimento de sua população e em reconhecimento à carência de ações e serviços específicos para atender às demandas de saúde da sua população idosa, e ainda, em atenção às recomendações da Declaração de Brasília (2007) e da Carta de San José de Costa Rica (2012) sobre os Direitos das Pessoas Idosas da América Latina e do Caribe, deverá adotar medidas adequadas, legais e administrativas, que garantam às pessoas idosas o trato diferenciado e preferencial em todos os âmbitos, além do combate a todos os tipos de discriminação que possam dificultar ou impedir a execução desta Portaria.

### **4 - ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO**

O Estado e os Municípios deverão organizar um espaço de articulação intersetorial com as diferentes esferas de gestão, com a participação dos técnicos de cada área envolvida na execução das políticas públicas voltadas à pessoa idosa, e também com a participação dos conselhos de defesa dos direitos da pessoa idosa do Estado e os existentes no nível municipal, com o objetivo de integrar, monitorar e avaliar planos, projetos e programas e sistematizar informações, de forma a evitar a fragmentação e sobreposição das ações.

Os conselhos de saúde e de defesa dos direitos da pessoa idosa, no âmbito estadual e municipal, deverão acompanhar a execução desta política, tendo por base as características demográficas e epidemiológicas regionais, os indicadores e metas, a organização de serviços propostos, considerando os interesses emanados da participação popular, em especial da representação do segmento idoso.

A Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio de suas respectivas áreas técnicas de atenção à saúde da pessoa idosa, deverão em conjunto estabelecer os instrumentos, os indicadores, as metas e os recursos financeiros para a execução e para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política, respeitando os indicadores nacionais de



**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

garantia de acesso às ações e serviços de saúde pactuados nas comissões intergestores, a partir dos Planos Nacional, Estadual e Municipais de Saúde no âmbito do SUS.

**ANEXO II**

**CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Considera-se a pessoa idosa em situação de risco de declínio funcional aquela com idade igual ou maior que 75 anos ou aquela com idade igual ou maior que 60 anos que apresente pelo menos uma das condições abaixo:

Reside sozinho

Reside em Instituição de Longa Permanência

Aquele em situação de violência intrafamiliar

Possui história de internações recentes e frequentes

Apresentam imobilidade total (idosos acamados) ou imobilidade parcial

Incontinência urinária ou fecal

Portadores de transtornos psiquiátricos, etilismo e dependência química "Incapacidade" cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium)

Instabilidade postural e quedas

Dependências nas atividades de vida diária

Polipatologias - 5 diagnósticos ou mais

Polifarmácia - cinco medicamentos ou mais ao dia

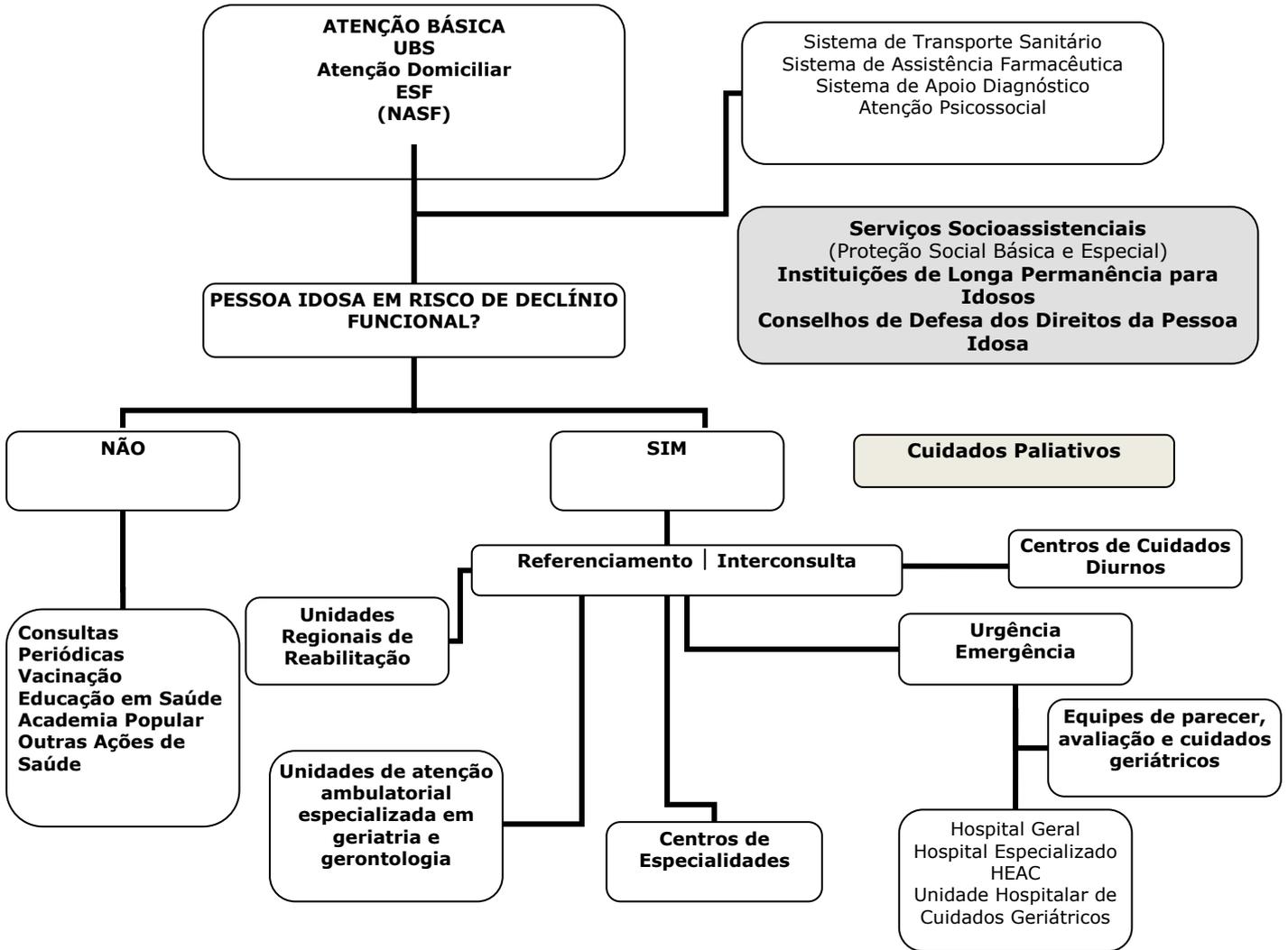
Síndrome consumptiva (perda de mais de 5% do peso em 3 meses)

Incapacidade funcional (osteoartrose grave, acidente vascular encefálico, parkinsonismo, neoplasias terminais, amputação de membros)



**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

**ANEXO III - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA**





## **PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

### **ANEXO IV - GLOSSÁRIO**

**AÇÕES CURATIVAS** - consistem nas ações direcionadas a problemas específicos identificados na consulta médica. A ênfase é no diagnóstico correto dos problemas crônicos de saúde e na prescrição correta das intervenções farmacológicas e não farmacológicas. (MORAES, E.V 2012).

**AÇÕES PALIATIVAS** - reservam-se àquelas situações em que não há possibilidade de cura ou modificação da história natural da doença. Nesses casos, o cuidado paliativo tem como objetivo a melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam continuamente a vida. O foco da intervenção não é somente o alívio impecável da dor, mas do conjunto de todos os sintomas de natureza física, emocional, espiritual e social. (MORAES, E.V 2012)

**AÇÕES REABILITADORAS** - é o conjunto de procedimentos aplicados aos portadores de incapacidades (deficiências, limitação de atividades ou restrição da participação), com o objetivo de manter ou restaurar a funcionalidade (funções do corpo, atividades e participação), maximizando sua independência e autonomia. (MORAES, E.V 2012)

**ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)** - são as tarefas do cotidiano necessárias para que o indivíduo cuide de si e de sua própria vida e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas: Alimentar-se; Banhar-se; Vestir-se; Mobilizar-se; Deambular; Ir ao banheiro; Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.

**ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD)** - são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas: Utilizar meios de transporte; Manipular medicamentos; Realizar compras; Realizar tarefas domésticas leves e pesadas; Utilizar o telefone; Preparar refeições; Cuidar das próprias finanças.

**AUTONOMIA** é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.

**CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA** - é um instrumento valioso que auxilia na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde.

**COGNIÇÃO** - é um conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. Formada pela memória (capacidade de armazenamento de informações), função executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas), linguagem (capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita), praxia (capacidade de executar um ato motor), gnosia/percepção (capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis) e função visuoespacial (capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si). É responsável pela nossa capacidade de decidir. (MORAES, E.V 2012).

**DECLÍNIO FUNCIONAL** - incapacidade funcional resulta não apenas de uma deficiência orgânica, mas da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, à limitação de suas atividades, à restrição da participação social e aos fatores ambientais e pessoais que interferem no seu desempenho em AVDs, podendo funcionar como barreiras ou facilitadores do estado funcional.



## **PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

**DEFICIÊNCIA** - *impairment*: é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo.

**DESVANTAGEM** - *handicap*: reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente

**EQUANIMIDADE** - igualdade no trato com os seres, tanto na fase de desenvolvimento, de prosperidade, quanto na decrepitude, na doença, na fragilidade.

**EQUIDADE** - entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais

**GERIATRA** - médico especialista na atenção a saúde da pessoa idosa, identifica indivíduos de risco ou já com declínio funcional. Integra o eixo biológico, neuropsiquiátrico e funcional, atuando na promoção da saúde, na prevenção e tratamento das doenças da esfera física e mental, na reabilitação funcional e nos cuidados paliativos dos indivíduos idosos, articulando as necessidades do indivíduo idoso com a adequação e cuidados de equipe multidisciplinar e interdisciplinar.

**GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS** - foram descritas por John Bernard Isaacs, em 1965. No início, foram incluídas somente a incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade e a incontinência. Mais tarde, Isaacs acrescenta a iatrogenia. Entretanto, capacidade comunicativa é um dos determinantes da funcionalidade global. A família é uma instituição de apoio capaz de modular o funcionamento do indivíduo reduzindo ou exacerbando suas incapacidades. Sugere-se, portanto, a incorporação da incapacidade comunicativa e da insuficiência familiar nas grandes síndromes geriátricas (MORAES, E.V 2012)

**IATROGENIA** - evento ou doença não-intencional causada por uma intervenção, justificada ou não, por parte da equipe multiprofissional de saúde, que resulte em dano à saúde do paciente. A iatrogenia também pode ser decorrente da omissão direta de uma intervenção bem estabelecida esperada ou de um procedimento de monitoramento

**IMOBILIDADE** - qualquer limitação do movimento. Representa causa importante de comprometimento da qualidade de vida. O espectro de gravidade é variável e, frequentemente, progressivo. No grau máximo de imobilidade, conhecido como síndrome de imobilização ou da imobilidade completa, o idoso é dependente completo e, usualmente, apresenta déficit cognitivo avançado, rigidez e contraturas generalizadas e múltiplas, afasia, disfagia, incontinência urinária e fecal, úlceras por pressão. Necessita de cuidados em tempo integral (MORAES, E.V 2012)

**INCAPACIDADE** - *disability*: é caracterizada como as conseqüências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades;

**INDEPENDÊNCIA** é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária - isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

**PACIENTE GERIÁTRICO** é aquele que cumpre com 3 ou mais dos seguintes requisitos: idade superior aos 75 anos, apresente pluripatologia relevante, a enfermidade principal tenha caráter incapacitante, exista patologia mental acompanhante ou predominante, exista problemática social relacionada com seu estado de saúde

**PLANO DE CUIDADOS** - é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se define claramente quais são os problemas de saúde do paciente (O QUÊ?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUÊ?), quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) necessários para a implementação das intervenções. (MORAES, E.V 2012)



## **PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

**PREVENÇÃO PRIMÁRIA** - Tem o objetivo de evitar o desenvolvimento de doenças. São elas: modificações no estilo de vida (cessação de tabagismo, atividade física), imunizações e intervenções farmacológicas (por exemplo, a aspirina para prevenção de doença cardiovascular) (MORAES, E.V 2012)

**PREVENÇÃO QUATERNÁRIA** - Detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Prevenção da iatrogenia. (MORAES, E.V 2012)

**PREVENÇÃO SECUNDÁRIA** - Tem o objetivo de detectar precocemente e tratar doenças assintomáticas. Exemplos: rastreamento de câncer, hipertensão, osteoporose, aneurisma de aorta abdominal e de alterações da visão e audição. (MORAES, E.V 2012)

**PREVENÇÃO TERCIÁRIA** - Tem o objetivo de identificar condições crônicas estabelecidas, a fim de se prevenir novos eventos ou declínio funcional. Exemplos: Identificação de problemas cognitivos, distúrbios da marcha e do equilíbrio e incontinência urinária. (MORAES, E.V 2012)

**PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZ TERAPÊUTICA** - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS

**QUALIDADE DE VIDA** é "a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente" (OMS, 1994). À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência. Expectativa de vida saudável é uma expressão geralmente usada como sinônimo de "expectativa de vida sem incapacidades físicas". Enquanto a expectativa de vida ao nascer permanece uma medida importante do envelhecimento da população, o tempo de vida que as pessoas podem esperar viver sem precisar de cuidados especiais é extremamente importante para uma população em processo de envelhecimento.

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE** - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

**REGIÃO DE SAÚDE** - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde resultante da deficiência e incapacidade.



**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**  
**ANEXO V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL . Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril de 2002. Normas para Cadastro de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação do Profissional de Saúde (Pró-saúde). Brasília:MS, 2012. Disponível em: < <http://www.prosaude.org/>>. Acesso em 07 mar 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica n. 19, Brasília, DF, 2006. 192p. Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)>. Acesso em 11 de junho de 2012

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de out.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 05 de jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022;

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização, como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS, expressa no documento: "Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS" de 2010;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Leis nº 8.080 e 8.142/1990 e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1654, de 19 de junho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS);

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.



**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>> Acesso em 07 mar 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde - SUS e de Gestão. Brasília, 2006.

BRASIL. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Considerando a Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;

CAMARGOS M.C.S., PERPÉTUO I.H.O., MACHADO C.J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5/6):379–86.

CARTA DE SAN JOSÉ sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. Adoptada en la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo de 2012. Disponível em: <[http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/1/44901/CR\\_Carta\\_ESP.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf)>. Acesso em: 01 de junho de 2012.

DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA Segunda Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos Brasília, 4 a 6 de dezembro de 2007 Disponível em: <[http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_informes/11.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_informes/11.pdf)> Acesso em: 01 de junho de 2012.

FARIAS, N. & BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 187-93 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>. Acesso em 11 de junho de 2012

FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.C.; GORZONI, M.L.; DOLL, J. Tratado de Geriatria e Gerontologia.. 3ª. Edição. Editora Guanabara Koogan, 2011.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Saúde do idoso – Caderno Estadual. Vitória: SESA, 2009. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/ES\\_Espirito\\_Santo\\_Caderno\\_Idoso.zip](http://www.saude.es.gov.br/download/ES_Espirito_Santo_Caderno_Idoso.zip)> Acesso em: 07 março 2012.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Política Estadual do Idoso. Decreto nº 4.496 – nº 27 de julho de 1999. Espírito Santo: Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social. Subgerência de Apoio à Pessoa Idosa, 2000.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Resolução Nº 543/2008 do Conselho Estadual de Saúde, que aprova a Proposta de Institucionalização da Política das Práticas Integrativas e Complementares: homeopatia, acupuntura e fitoterapia, no Estado do Espírito Santo;

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. GEP DI/NASTS. Perfil Epidemiológico de Saúde no ES – 2006. Vitória: SESA, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/download/perfilepidemiologicoesnasts.pdf>>. Acesso em: 27 jul 2009.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde - SESA. Diretrizes para Ações Educativas da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. 1ª Edição. – SESA. Vitória, 2008. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/Download/diretrizes\\_educacionais\\_sesa\\_08\\_12\\_08.pdf](http://www.saude.es.gov.br/Download/diretrizes_educacionais_sesa_08_12_08.pdf)> Acesso em: 15 mar 2012.



**PORTARIA Nº 122-R, DE 04 DE JULHO DE 2012.**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Censo 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em 20 de abril de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Indicadores Sociais Municipais: Uma Análise dos Resultados do Universo do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 149 p. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores\\_sociais\\_municipais/indicadores\\_sociais\\_municipais.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf)> Acesso em: 01 de junho 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições De Vida Da População BRASILEIRA 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 317 p. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/colecao\\_digital\\_publicacoes.php](http://biblioteca.ibge.gov.br/colecao_digital_publicacoes.php)>. Acesso em: 11 de novembro de 2011

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.. Disponível em :<<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>> Acesso em 12 de abril 2012

MORAES, E. N. Avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte: Folium, 2010.

MORAES, E.N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>Acesso em 11 de junho de 2012

PAPALÉO NETO, M.; BRITO, F. C.; GIACAGLIA, L. R.. Tratado de Medicina de Urgência no Idoso. Editora Atheneu, 2010.

PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2ª. Edição. Editora Atheneu, 2006.

SEGUNDA CONFERÊNCIA REGIONAL INTERGOVERNAMENTAL SOBRE ENVELHECIMENTO NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE: uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos. Brasília, 4 a 6 de dezembro de 2007. Disponível em: <[http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_informes/11.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_informes/11.pdf)>. Acesso em 17 de maio de 2012

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Guide to Clinical Preventive Services. 2012. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/research/elderix.htm>>. Acesso em: 12 de junho de 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.